UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1943-1944. — N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE CERTAINES TUMEURS MALIGNES DU TISSU ADIPEUX

TRAVAIL

de la Clinique chirurgicale et gynécologique : Professeur JEANNENEY
de l'Hôpital Tastet-Girard : Professeur agrégé MASSÉ
du Laboratoire d'Anatomie pathologique : Professeur DE GRAILLY et Docteur LÉGER

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 12 Janvier 1944

PAR

René-Henri-Marcel TINGAUD

Ancien interne (Médaille d'or) des Hôpitaux
Ancien prosecteur à la Faculté
Chef de Clinique chirurgicale

Né à BENEST (Charente), le 30 septembre 1913

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*
VILLEMIN, professeur .....
DE GRAILLY, professeur ..... *Juges*
MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1944

TINGAUD (René-Henri-Marcel)

Contribution à l'étude de certaines tumeurs malignes du tissu adipeux. Travail de la Clinique chirurgicale et gynécologique : Professeur Jeanneney; de l'Hôpital Tastet-Girard : Professeur agrégé Massé; du Laboratoire d'anatomie pathologique : Professeur de Grailly et Docteur Léger. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 87 p., fig., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 7*).

TINGAUD (René-Henri-Marcel)

Contribution à l'étude de certaines tumeurs malignes du tissu adipeux. Travail de la Clinique chirurgicale et gynécologique : Professeur Jeanneney; de l'Hôpital Tastet-Girard : Professeur agrégé Massé; du Laboratoire d'anatomie pathologique : Professeur de Grailly et Docteur Léger. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 87 p., fig., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 7*).

TINGAUD (René-Henri-Marcel)

Contribution à l'étude de certaines tumeurs malignes du tissu adipeux. Travail de la Clinique chirurgicale et gynécologique : Professeur Jeanneney; de l'Hôpital Tastet-Girard : Professeur agrégé Massé; du Laboratoire d'anatomie pathologique : Professeur de Grailly et Docteur Léger. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 87 p., fig., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 7*).

TINGAUD (René-Henri-Marcel)

Contribution à l'étude de certaines tumeurs malignes du tissu adipeux. Travail de la Clinique chirurgicale et gynécologique : Professeur Jeanneney; de l'Hôpital Tastet-Girard : Professeur agrégé Massé; du Laboratoire d'anatomie pathologique : Professeur de Grailly et Docteur Léger. — Bordeaux, Delmas, 1944. In-8°, 87 p., fig., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1943-1944. N° 7*).

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1943-1944. — N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE CERTAINES TUMEURS MALIGNES DU TISSU ADIPEUX

TRAVAIL

de la Clinique chirurgicale et gynécologique : Professeur JEANNENEY
de l'Hôpital Tastet-Girard : Professeur agrégé MASSÉ
du Laboratoire d'Anatomie pathologique : Professeur DE GRAILLY et Docteur LÉGER

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 12 Janvier 1944

PAR

René-Henri-Marcel TINGAUD

Ancien interne (Médaille d'or) des Hôpitaux
Ancien prosecteur à la Faculté
Chef de Clinique chirurgicale

Né à BENEST (Charente), le 30 septembre 1913

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur	*Président.*	
VILLEMIN, professeur	*Juges*	
DE GRAILLY, professeur	*Juges*	
MASSÉ, agrégé	*Juges*	

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, DUPOUY, A. MANDOUL.
PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	N.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	N.
Médecine légale et déontologie	N.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LOUBAT	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Accouchements	MAHON.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Cryptogamie	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

Je leur dois tout.
En faible témoignage de ma très grande affection.

A MA FEMME

Compagne admirable, qui a su créer autour de moi une ambiance dans laquelle il est facile de travailler, et auprès de laquelle j'ai toujours trouvé un puissant réconfort, je dédie ce modeste ouvrage avec tout mon amour.

A MON FILS

Qui m'a déjà donné tant de joie.

A MES BEAUX-PARENTS

Je ne les remercierai jamais assez de leur bienveillante compréhension et de la place qu'ils m'ont faite dans leur cœur.

A MON FRERE — A MON BEAU-FRERE

Que j'unis dans une même affection.

AU GRAND-PERE DE MA FEMME

Que j'aime comme un des miens.

A Monsieur et a Madame DUCLOS

Avec mes remerciements et l'expression de toute ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

Aux Docteurs BOUCHER, FERRAND, LAVIGNOLLE et SARRAZIN
A Monsieur C. DUPUIS

Auxquels je porte une semblable amitié.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS.

1934 MONSIEUR LE DOCTEUR FERRU
MONSIEUR LE DOCTEUR FOUCAULT.

FACULTÉ DE BORDEAUX.

Externat.

1935 MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY
MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN

Internat provisoire.

1936 MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC
MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA

Internat.

1937 MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX
MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG

1938 MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS

1939 MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMADE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

1941 MONSIER LE PROFESSEUR JEANNENEY
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAPIN

1942 MONSIEUR LE DOCTEUR LAFARGUE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSÉ.

1943 MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

A MES CAMARADES
DE L'INTERNAT ET DU LABORATOIRE D'ANATOMIE

Au Docteur LÉGER

Chef de Clinique médicale.

Qui m'a apporté une aide importante dans l'élaboration de ce travail, avec tous mes remerciements.

Au Docteur BARROUX.

Chirurgien des Hôpitaux.

En qui j'ai toujours trouvé le camarade plus âgé, à la science mûre et aux conseils sages.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui a toujours été pour moi un exemple de travail et de dévouement aux malades.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur P. LAFARGUE

Chirurgien des Hôpitaux,
Administrateur de l'Hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Auprès de vous j'ai appris à aimer davantage mon métier et j'ai mieux compris la beauté du travail bien fait.

Vos conseils éclairés ont toujours été pour moi un précieux secours. De tout cœur, je vous en remercie.

A Monsieur le Professeur agrégé MASSÉ

Chirurgien des Hôpitaux.

Mon cher Maître,

Vous m'avez fait, à Tastet-Girard, un accueil paternel et j'ai passé auprès de vous six mois que je n'oublierai jamais. Vous avez fait preuve à mon égard d'une bienveillance sans bornes et d'une sollicitude sans égale. Vous m'avez montré les joies d'un travail dans l'ordre.

J'ai pu, pendant ce temps trop court, apprécier pleinement les qualités du chirurgien et le cœur de l'homme.

Je vous prie d'accepter mes remerciements et de croire à toute ma reconnaissance et à mon respectueux et fidèle attachement.

A Monsieur le Professeur PAPIN

Chirurgien des Hôpitaux.
Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Mon cher Maître,

J'ai fait dans votre service deux stages entrecoupés par la guerre et la captivité. J'y ai toujours trouvé la même atmosphère de travail, et les deux fois j'ai eu l'occasion d'admirer le chirurgien éminent et l'enseigneur remarquable. A votre contact j'ai beaucoup appris.

Permettez-moi de vous dire toute mon admiration.

A Monsieur le Professeur F. VILLEMIN

Professeur d'Anatomie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.
Officier de Sainte-Anne de Russie avec glaives.

Mon cher Maître,

Trois ans passés au Laboratoire d'anatomie m'ont permis de connaître le Maître plein de bonté que vous avez toujours été. Votre connaissance profonde de l'anatomie m'a fait apprécier pleinement le professeur. Votre constante bonne humeur crée autour de vous une ambiance sympathique dans laquelle il fait bon vivre.

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JEANNENEY

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Vous m'avez fait le très grand honneur de m'accepter comme chef de clinique.

La confiance que vous m'avez toujours témoignée, la bienveillance que vous avez eue constamment à mon égard, rendent presque vains les remerciements que je voudrais vous adresser.

Durant un long internat passé dans votre service, j'ai eu tout le loisir d'apprécier vos très grandes qualités d'intelligence et de cœur.

Esprit éternellement tourmenté de savoir, vous communiquez à votre entourage ce dynamisme spirituel qui est spécifiquement vôtre et qui est la marque des maîtres.

Je vous dédie ce modeste ouvrage, que vous me faites l'honneur de bien vouloir présider.

Veuillez l'accepter en gage de profond dévouement et de déférente affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

CERTAINES TUMEURS MALIGNES DU TISSU ADIPEUX

INTRODUCTION

En 1925, Pollosson, dans sa thèse, décrivait un ensemble de tumeurs douées de caractères cliniques et évolutifs comparables, mais de formation très différente du point de vue histologique.

Certaines, caractérisées par leur nature essentiellement graisseuse, méritent d'être isolées. En effet, si leur étude clinique se confond en tout point avec celle des conjonctivomes, leur unité d'origine les isole nettement au sein de ce vaste groupe des tumeurs conjonctives. De nombreux travaux ont déjà été consacrés à ces tumeurs graisseuses. Mais il se dégage de ces études une impression de confusion, due pour une bonne part à l'imprécision de la terminologie : certains auteurs désignant par des noms semblables des tumeurs différentes, ou, au contraire, appliquant à des tumeurs identiques une qualification différente.

Ces néoplasies possèdent des caractères anatomiques et surtout évolutifs très particuliers. Se présentant macroscopique-

ment comme des tumeurs bénignes, elles ont souvent, au contraire, une évolution maligne et leur pronostic doit toujours être réservé.

Les faits nouveaux et les notions que nous apportons à leur sujet contribueront, pensons-nous, à éclairer dans une certaine mesure leur histogénèse et à montrer la dissociation apparente entre leurs caractères anatomiques et leurs modes d'évolution.

C'est qu'en effet, comme l'a fait remarquer Goormatight, il semble bien que ces tumeurs doivent être considérées comme la manifestation locale d'une maladie générale de tout le système adipeux profond. Elles ne seraient qu'une manifestation de la maladie de tout un système. On conçoit l'intérêt d'une telle hypothèse du point de vue thérapeutique. Si les chirurgiens se sont appliqués chaque fois que possible à des interventions larges, suivant en cela les règles bien établies de la chirurgie du cancer, il faut expliquer leurs insuccès par le fait qu'il s'agit de néoplasmes particuliers, auxquels ne peuvent s'appliquer dans leur intégrité les directives classiques.

Nous limiterons volontairement notre étude clinique et thérapeutique aux tumeurs à développement superficiel. Certes, les tumeurs à développement profond présentent un intérêt certain, mais elles sont encore mal isolées. Nous n'avons pas eu, d'autre part, l'occasion d'en rencontrer. Néanmoins, nous indiquerons à la fin de ce travail les traits saillants qui semblent les caractériser.

Enfin, disons d'emblée que pour qualifier ces tumeurs nous emploierons le terme de *lipocytome*, sur lequel nous nous expliquerons lors de l'étude histologique.

HISTORIQUE

C'est Wirchow qui, pour la première fois, décrivit sous le nom de myxome lipomateux avec généralisation — ou liposarcome — les tumeurs malignes du tissu adipeux. Quoiqu'il semble bien que l'auteur ait remarqué les rapports qui unissaient le myxome lipomateux au tissu adipeux, ces tumeurs demeurent confondues dans la grande classe des sarcomes.

Tous les auteurs qui, après Wirchow, étudient ces néoplasies les décrivent, en effet, comme une variété de sarcome, sans apercevoir leur relation avec le tissu adipeux. Seul, Malherbe (de Nantes), en 1905, semble soupçonner quelque rapport, mais, pour cet auteur, la graisse ne serait qu'une dégénérescence.

Néanmoins, Bard, en 1895, avait décrit des tumeurs malignes du tissu adipeux, qu'il considérait comme des tumeurs embryonnaires de ce tissu.

C'est Beriel et Delachanal qui, en 1910, semblent avoir trouvé, les premiers, l'origine exacte de ces formations. Défendant les idées de Tripier sur la spécificité tissulaire, ils rapportent trois cas de tumeurs récidivantes développées aux dépens du tissu graisseux, qu'ils interprètent comme des tumeurs spécifiques de ce tissu et douées d'un certain potentiel de récidive.

En 1925, Pollosson groupe sous le nom de conjonctivome un ensemble de néoformations présentant des caractères cliniques semblables, mais d'une grande variété anatomopathologique et au sein desquels se situent les lipomes malins.

La même année, Lubarsh étudie sous le nom de « metastasieren den lipom » un processus dans lequel coexistent des

masses tumorales de structure adipeuse plus ou moins typique (tumeur périrénale gauche, rétropéritonéale droite, de la racine du mésentère, du médiastin postérieur, du myocarde, de la moelle osseuse du fémur, du foie). L'auteur considère l'une de ces tumeurs comme la primitive, et les autres comme des métastases. Il semble bien, à la lumière des connaissances actuelles, que cette interprétation soit erronée.

Geschickter, en 1934, en propose une classification. Il réserve le terme de lipome embryonnaire aux lipomes récidivants surtout composés de spongiocytes, et nomme fibrolipomes les lipomes myxomateux.

En 1936, Goormatight consacre à ces formations un article très clair et très documenté. Il insiste sur les caractères histologiques complexes, mais montre que les différents tissus constitutifs dérivent tous de la souche lipoblastique. Il attire, d'autre part, l'attention sur le manque de parallélisme entre l'aspect histologique et l'évolution clinique. Enfin, il introduit la notion de maladie de système.

En 1939, Gricouroff, sous le nom de lipome embryonnaire, décrit certains aspects myxoïdes de tumeurs malignes du tissu graisseux.

Enfin, au Congrès de chirurgie de 1938, Moulonguet et Pollosson fournissent une étude très complète des sarcomes musculaires et de ce qu'ils nomment les coulées conjonctives des membres, parmi lesquels ils isolent les sarcomes lipoblastiques, caractérisés par la sécrétion intracellulaire de graisse. Ils en décrivent trois aspects :

— les sarcomes fibro et lipoblastiques, très voisins des sarcomes fibroblastiques purs;

— les sarcomes lipoblastiques myxoïdes,

ces deux premiers groupes constituant des néoplasies « embryonnaires »;

— les liposarcomes ou lipomes malins, tumeurs se développant aux dépens d'un tissu adulte.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Mis à part quelques cas à développement intraviscéral, ces tumeurs lipomateuses se développent au niveau du tissu adipeux intermusculaire périviscéral et intraosseux. Goormatight donne à cet ensemble le nom de graisse profonde, et il l'oppose au tissu cellulaire sous-cutané, qui n'est jamais atteint au cours des formes localisées. Mais, au cours des formes généralisées, des nodules peuvent apparaître au sein du tissu cellulaire sous-cutané.

Avec Goormatight, on doit, en effet, distinguer des tumeurs à développement régional intéressant une région bien limitée, formant une masse isolée, unique, bien déterminée, et des formes généralisées faites d'une série de masses disséminées, dont nous discuterons plus loin les rapports réciproques.

Enfin, il existe des formes de transition où l'unité de la masse est plus apparente que réelle.

I. — *Formes à développement régional.*

A. — Localisations.

Elles peuvent se développer en de nombreux points de l'économie. Nous les diviserons en superficielles, facilement accessibles cliniquement et chirurgicalement, et en profondes.

1° Formes superficielles.

a) *Lipocytomes des membres.* — Elles se localisent surtout sur le membre inférieur, plus particulièrement au niveau de la région fémorale postérieure, au voisinage du sciatique

et au niveau du canal de Hunter, beaucoup plus rarement au membre supérieur.

Elles se développent au sein de ce que Moulonguet et Pollosson nomment les coulées conjonctives des membres, c'est-à-dire du tissu graisseux de remplissage qui sépare les muscles et entoure les nerfs et les vaisseaux.

Les rapports qu'elles contractent avec ces éléments les ont fait considérer comme des tumeurs développées aux dépens des nerfs (Wirchow) ou de la gaine des vaisseaux (Pollosson).

b) *Lipocytomes cervicaux.* — Beaucoup plus rares que les précédents, ils se développent surtout au niveau des espaces celluleux du cou (Jeanneney).

c) Exceptionnellement, on peut rencontrer des localisations :

— faciales (boule de Bichat);
— mammaires.

2° Formes profondes.

a) *Rétropéritonéales.* — Ce sont les formes les plus fréquentes. Comme le fait bien remarquer Goormatight, il faut entendre le terme de rétropéritonéal dans son sens le plus large, c'est-à-dire qu'il faut concevoir sous ce vocable tous les tissus développés non seulement en arrière du péritoine pariétal postérieur, mais encore ceux qui sont situés entre les deux feuillets du péritoine viscéral : mésogastre antérieur et postérieur et mésentérium commune.

Par ordre de fréquence, les localisations se font dans :

— la loge rénale et les tissus périrénaux;
— les mésocôlons;
— le tissu rétropéritonéal du petit bassin;
— le mésentère;
— le grand épiploon;
— le mésocôlon transverse;
— le petit épiploon;
— l'espace sous-diaphragmatique;
— le cordon spermatique.

C'est à ce niveau, et plus particulièrement dans la graisse périrénale que l'on rencontre les formes diffuses, sur lesquelles nous reviendrons lors de l'étude anatomique.

b) *Les autres localisations profondes* sont extrêmement rares.

On a décrit des formes :

— thoraciques, siégeant dans le tissu celluleux rétro et sous-pleural;
— orbitaires;
— crâniennes et rachidiennes, se développant dans ou sous les méninges molles ou dans les espaces épiduraux.

Enfin, il existerait quelques formes authentiques de localisations viscérales (rein, estomac, cœur) et articulaires (Auvray, Sabrazès et de Grailly).

B. — Etude anatomique.

Le plus souvent, il s'agit d'une tumeur unique et bien limitée. Elle est très rarement vue au début, car les malades, nullement incommodés, ne consultent pas. Dans quelques cas observés à ce stade, il s'agit d'une petite masse arrondie, encapsulée, très mobile sur les plans voisins. Mais c'est presque toujours au moment où elle a pris une certaine extension que le chirurgien est amené à l'examiner. Elle a alors un volume variable d'une orange à une tête d'adulte. Elle est ovoïde, bosselée, parfois même polylobulée, constituée par plusieurs noyaux plus ou moins indépendants les uns des autres.

Sa coloration est blanc jaunâtre, parfois rosée. Sa consistance est ferme dans l'ensemble mais inégale, avec des points ramollis pseudo-fluctuants ou même franchement fluctuants. La tumeur est toujours encapsulée par une membrane fibreuse, mince, lisse et peu résistante sur les tumeurs de petit volume, mais qui peut devenir beaucoup plus épaisse sur celles de gros volume.

Pour beaucoup d'auteurs, cette capsule ne constituerait pas une barrière de protection suffisante contre le processus néoplasique.

Leriche insiste sur le fait que le tissu conjonctif extra-capsulaire est infiltré par les éléments néoplasiques.

Moulonguet et Pollosson ont montré nettement sur des pièces histologiques l'existence de ces éléments microscopiques infitrants péricapsulaires.

A la coupe, il existe des zones de consistance variables :

— zones fermes et denses presque fibreuses, et qui en constituent la majeure partie;

— zones molles, d'où s'écoule un liquide citrin; ce sont ces zones plus ou moins œdémateuses qui, pour Geschickter, prendraient un aspect myxomateux;

— la tumeur est parfois creusée de cavités pseudo-kystiques à contenu huileux, et peut être le siège d'épanchements hématiques;

— enfin, on peut y rencontre des territoires calcifiés ostéoïdes ou cartilagineux (Beck, Knox).

Plus rarement :

Il ne s'agit pas d'une tumeur bien limitée, mais d'une véritable coulée tumorale.

Ces formes se localisent le plus souvent au tissu rétropéritonéal, refoulant les organes voisins, dédoublant les mésos. Les limites en deviennent par endroits assez imprécises. Il existe des zones d'adhérences qui rendent vaine toute tentative de clivage.

Ce type de tumeur déjà décrit par Daël et Hamener est peu fréquent. Néanmoins, Goormatight en rapporte une observation, et notre cas I confirme absolument ces notions (cf. fig. obs. I). Mais, fait particulier, il semble que ces formes ne soient pas primitives; elles surviendraient comme localisations secondaires. L'intervention sur la tumeur primitive ne serait pas sans exercer une cause déclenchante.

Organes voisins. — Ils sont repoussés par la tumeur, mais celle-ci demeure toujours séparée d'eux par sa capsule.

— La peau sus-jacente est normale, parfois distendue, mais jamais infiltrée. Le squelette demeure intact. Les vaisseaux sont repoussés, tendus, étirés, mais jamais envahis par la tumeur. Celle-ci, néanmoins, prend assez souvent un contact intime avec les nerfs et certains d'entre eux subissent la dégénérescence lipomateuse. Ces rapports sont à l'origine des douleurs qui dominent parfois la symptomatologie.

— Les lymphatiques paraissent dans la très grande majorité des cas indépendants de la tumeur, et les ganglions correspondants sont indemnes.

Vascularisation. — Au point de vue opératoire, la vascularisation est toujours peu importante. On ne rencontre jamais un pédicule volumineux propre à la tumeur. Quelques minces artérioles circulent dans la capsule et l'énucléation se fait sans hémorragie notable.

Les injections au suif de pièces opératoires faites par Moulonguet et Pollosson ont montré la pauvreté de la vascularisation. Par contre, Dos Santos a obtenu par artériographie des images de circulation néoplasique typique, avec une riche chevelure vasculaire. Il a aussi montré l'existence d'un autre caractère important : la précocité de l'apparition de la circulation veineuse de retour.

II. — *Formes généralisées.*

Elles ont été décrites pour la première fois par Wirchow sous le nom de lipome myxomatoïde.

Beaucoup plus tard, en 1925, Lubarsch étudie sous le nom de « metastasieren den lipom » un processus semblable.

Askanazy, en 1899, et Nienhuis avaient, avant Lubarsch, publié des observations comparables.

Siegmund, en 1934, analyse sous le nom de « lipoblastiche sarcomatose » un complexe tumoral du même ordre.

Ces formes, dans lesquelles coexistent plusieurs masses tumorales disséminées, sont en nombre restreint.

Lubarsch, Askanazy et Nienhuis en ont publié des cas typiques. Goormatight en rapporte un nouveau cas en 1938.

Certains auteurs considèrent qu'un des nodules est la tumeur primitive, tandis que les autres ne sont que des métastases.

La conception de Goormatight est différente. Pour cet auteur, il s'agit d'un processus diffus, d'une atteinte simultanée de plusieurs points du tissu adipeux. C'est une véritable maladie du tissu adipeux dans son ensemble, une maladie de système.

Ces lipomatoses généralisées sont rares, mais il existe un assez grand nombre de formes de transition, dans lesquelles il n'y a, en apparence, qu'une seule masse tumorale, mais qu'un examen minutieux montre être constituées par la juxtaposition de plusieurs noyaux indépendants les uns des autres.

Rokitansky et Fauster en ont rapporté plusieurs cas.

Hoseman et Lang ont consacré à ces formes un travail d'ensemble.

III. — *Evolution anatomique.*

Ces tumeurs ont essentiellement une croissance expansive (Goormatight). Elles augmentent de volume, entourées par leur capsule, qui continue à les isoler des organes voisins. Ceux-ci ne sont jamais envahis, mais seulement refoulés.

Les troubles de compression, que l'on pourrait croire précoces et marqués — étant donnés les rapports de la tumeur avec les éléments vasculo-nerveux — sont relativement rares et souvent tardifs.

Les nerfs présentent parfois une telle intimité avec la tumeur que Wirchow interprétait certains de ces néoplasmes comme des névromes en dégénérescence myxomateuse et que Santy écrit : « La tumeur paraît se développer aux dépens des branches du nerf crural », et que Bertrand dit : « La tumeur appartient au nerf tibial antérieur. »

Les veines peuvent être comprimées, et, dans certains cas, il existe un œdème important, mais le fait demeure assez rare et il est causé par des tumeurs volumineuses, comme dans notre observation I.

Les artères sont étirées, distendues, mais rarement comprimées. Parfois vaisseaux et nerfs se creusent comme une gouttière à la surface de la tumeur, ou sont même englobés par elle, ce qui oblige lors de l'énucléation à une résection de ces éléments. Mais l'examen de la pièce montre que le clivage est possible et qu'il n'existe pas d'adhérences intimes.

Le squelette demeure le plus souvent éloigné de la néoformation, mais parfois il est à son contact ou lui est relié par un pédicule; il peut alors présenter des altérations périostiques sous forme de spicules osseuses — réaction de défense à la compression tumorale (Moulonguet et Pollosson).

Ainsi, la notion qui domine l'examen anatomique, c'est l'existence d'une capsule limitant la tumeur, la séparant des organes voisins et lui donnant toute l'apparence d'une formation bénigne.

Mais il existe quelques cas, rares il est vrai, dans lesquels la capsule disparaît par endroits et où la tumeur devient adhérente, sinon grossièrement infiltrante; néanmoins, l'examen microscopique permet de constater l'intégrité des organes voisins. Il convient toutefois de faire une réserve pour les formes diffuses, dans lesquelles on note fréquemment la compression des organes voisins, les veines en particulier (cf. schéma obs. I).

Récidives. — La tendance à la récidive est un des caractères dominants de ces néoformations. Chez les malades suivis, on la voit apparaître presque infailliblement. Les observations qui n'en font pas mention sont des cas publiés tôt après la première extirpation, et il est courant de lire des observations de malades opérés plusieurs fois (obs. II, 4 fois; obs. III, 5 ou 6 fois). La récidive est parfois très rapide, apparaissant dans les semaines qui suivent l'intervention. Le plus souvent, elle survient plusieurs mois, et même plusieurs années après

l'extirpation de la tumeur primitive. Ce caractère tardif est même une caractéristique des lipocytomes. Elle peut se faire *in situ* ou à distance.

Les caractères anatomiques des récidives sont très souvent différents de ceux de la néoplasie primitive.

Les récidives « in situ » s'en éloignent surtout par le fait qu'elles perdent souvent le caractère de néoplasme encapsulé. Elles adhèrent alors aux organes voisins, à la peau, aux muscles, aux paquets vasculo-nerveux. Mais l'envahissement de ces organes est exceptionnel.

C'est alors que des adénopathies peuvent apparaître, prenant d'ailleurs un type inflammatoire.

Les récidives à distance affectent le plus souvent la forme de ces coulées néoplasiques décrites par Daël et Hammer. Il semble que très souvent ces récidives à distance soient déclenchées par l'intervention économique ou large (obs. I) sur la tumeur primitive, comme si l'opération créait un état de déséquilibre favorable au développement de la néoplasie.

Beaucoup d'auteurs considèrent ces localisations secondaires comme des métastases.

Siegmund et Goormatight admettent, au contraire, qu'elles résultent du développement indépendant d'une formation tumorale de nature semblable au sein d'un même tissu.

Ces récidives à distance réalisent le trait d'union entre les formes localisées et les formes généralisées, et nous voyons apparaître à nouveau la notion de maladie de système, défendue par Goormatight. Cette notion de maladie de système rend compte des mauvais résultats qui suivent les interventions larges faites même précocement.

Métastases. — Pour Moulonguet et Pollosson, les métastases sont très fréquentes et siègent le plus souvent au niveau de la plèvre et du poumon.

Pour Goormatight, elles seraient exceptionnelles. Ce que la majorité des auteurs considèrent comme des métastases ne sont que des récidives, manifestations de la maladie atteignant tout le système.

Le fait que la nouvelle formation tumorale se constitue pour ainsi dire toujours au niveau du tissu adipeux profond est bien en faveur de cette opinion, et pour notre part, nous la partageons entièrement.

Qu'il s'agisse de récidive ou de métastase, un fait est certain : l'action déclenchante de l'intervention.

Sans aller jusqu'à prétendre que le traitement est la cause déterminante de toutes les localisations secondaires, il faut bien reconnaître que celles-ci surviennent presque toujours après une intervention sur la néoplasie primitive.

Il semble que se vérifie la loi de l'*athrepsie* d'Erlich, suivant laquelle l'ablation d'une tumeur primitive permettrait le développement de métastases jusqu'alors latentes et inhibées par l'existence même de la tumeur primitive.

ETUDES HISTOLOGIQUES

Histologie générale.

Pluralité des aspects cellulaires et tissulaires. Unité de leur nature.

De l'étude histologique de nos observations se dégage au premier abord une impression de grande diversité cellulaire et tissulaire. Si cela correspond à une certaine réalité, il n'en est pas moins vrai qu'entre les différents aspects décrits existe ce lien étroit qu'est la communauté de nature. Il s'agit en effet, dans la plupart des cas, de cellules de souche lipoblastique, pour lesquelles la coloration, à l'intérieur de leur cytoplasme, de nombreuses gouttelettes de graisse par le Soudan-III apporte la preuve de leur véritable essence.

Mais avant de poursuivre notre étude, il nous paraît utile de résumer les différents aspects cellulaires et tissulaires que nous avons été amené à décrire au cours de nos observations. Voici, tout d'abord, les différentes formes cellulaires que l'on peut rencontrer :

1° Les vésicules adipeuses représentent l'élément adulte de la série lipoblastique. Elles possèdent des dimensions assez variables, allant de la belle cavité arrondie, absolument évidente, à la petite vacuole, ne dépassant pas la taille d'une cellule conjonctive banale. Parfois un vestige nucléaire est encore visible tout à fait accolé à la paroi limitante. Disons tout de suite que la vésicule adipeuse est loin de constituer l'unique représentation du tissu tumoral graisseux.

2° Parmi les éléments arrondis on note :

— de petites cellules à noyau très condensé et à mince liséré cytoplasmique, offrant une allure lymphoïde;

— des cellules de dimensions plus importantes à noyau encore assez dense mais à cytoplasme étendu; il existe souvent une ou plusieurs vacuoles; parfois, autour du noyau un peu excentrique, se remarque un halo clair;

— de grandes cellules possédant un gros noyau clair à chromatine lâche un peu en broussaille ou ponctué (aspect tigré), et un cytoplasme abondant et spumeux; elles seraient volontiers appelées spongyocytes.

3° Des éléments volumineux à contours irréguliers avec un très fort noyau inégal, dense, donnent tout à fait l'impression de sarcome globo-cellulaire.

4° Très particulières sont ces cellules rameuses, triangulaires ou étoilées, de petites dimensions, qui paraissent contractées. Les territoires où ces cellules dominent offrent, en général, un aspect myxoïde.

5° Certains éléments allongés, fusiformes, évoquent tout à fait les fibrocytes. L'absence de collagène les en distingue.

— Des cellules du même genre que les précédentes présentent, en outre, des atypies plus ou moins accusées, comme par exemple : grandes dimensions, contours irréguliers, noyaux volumineux, parfois doubles, souvent boudinés, avec une chromatine en gros blocs denses. De telles cellules rappellent volontiers le sarcome fuso-cellulaire, sans offrir cependant de monstruosités vraiment caractérisées.

En ce qui concerne les tissus, suivant l'agencement ou les prédominances cellulaires, suivant les rapports avec la trame interstitielle plus ou moins développée, des aspects éminemment variés sont réalisés. On peut rencontrer aussi bien des images de lipome presque pur que de fibro-lipome, et même des apparences sarcomateuses.

Une notion mérite tout d'abord d'être soulignée, c'est la suivante : nos préparations nous ont fourni à plusieurs re-

prises l'occasion de constater la coexistence de plages de cellules de type et d'âge différents. Cette pluralité d'aspect n'est guère admise par Moulonguet et Pollosson dans leur rapport au Congrès de chirurgie de 1938. Il y aurait, disent ces auteurs, une remarquable constance de structure dans chaque tumeur d'un point à l'autre de la masse et entre la tumeur primitive et les récidives.

Au contraire, Goormatight distingue deux grandes catégories histologiques de tumeurs, et nous partageons tout à fait cette façon de voir. D'une part, il est des tumeurs dans lesquelles toutes les cellules sont du même type, toutes ont subi le même degré de différenciation : il s'agit de tumeurs homogènes. D'autre part, certaines tumeurs sont hétérogènes : elles sont constituées par des nappes de cellules de forme et d'âge différents. Tout se passe comme s'il y avait alors des centres de prolifération doués de vitesse de différenciation inégale.

Hiérarchie des éléments de la lignée lipoblastique.

Ainsi il nous a été donné de passer en revue, soit à différents points d'une même tumeur, soit sur des tumeurs différentes, toute une gamme de cellules de la série lipoblastique, puisque contenant toutes des granulations de graisse. Les rapprochements que nous avons naturellement faits entre les types cellulaires rencontrés nous ont conduit à entrevoir les liens de hiérarchie qui les unissaient. L'observation II (cf. planches hors texte), particulièrement instructive à cet égard, nous a vivement aidé à suivre la filiation des cellules de la lignée lipoblastique, en permettant de saisir toutes les formes de transition au cours de l'évolution de la même tumeur. Chacune des pièces examinées, provenant d'une nouvelle exérèse, montre une image histologique dérivant de la précédente, mais plus évoluée. Cette succession d'aspect donne une idée aussi exacte que possible des stades évolutifs par

lesquels passe la tumeur. Rappelons les principaux d'entre eux : lipome apparemment pur, lipo-fibrome avec tissu interstitiel très développé, lipome myxomateux, aspect fibro-sarcomateux ou aspect de sarcome globo-cellulaire.

Beriel et Delachanal rapportent dans les *Archives de médecine expérimentale*, en 1912, une très belle observation un peu analogue à la nôtre, en ce sens qu'elle comporte des aspects tumoraux variés, mais ces derniers correspondent à des foyers multiples constatés à un même moment, et non, comme dans notre cas, à des périodes successives d'une même tumeur. Les autres cas que nous avons étudiés sont évidemment beaucoup moins riches en formes successives, mais tous présentent un aspect qu'il est possible de classer dans la gamme établie à propos de notre observation II.

Phénomènes de régression et de dédifférenciation. Evolution générale.

D'un stade à un autre, le passage s'effectue essentiellement par des phénomènes de régression, ou, mieux, de différenciation; les éléments cellulaires tendent à retourner à des états de plus en plus indifférenciés et anormaux. Les phénomènes régressifs débutent essentiellement au voisinage des artérioles et des capillaires. Il y a grand intérêt à rechercher et à étudier les zones où ils se manifestent, car ce fait révèle un certain potentiel évolutif. Parfois le travail de transformation ne porte que sur les cellules; ainsi, dans notre cas n° 1, de nombreuses plages réalisent une forme de passage que nous appelons volontiers vésiculo-cellulaire parce qu'elle est uniquement constituée par une intrication en jeu de patience de vésicules et de cellules du type décrit au groupe *b*.

Souvent les modifications évolutives intéressent à la fois les cellules et la trame interstitielle. Tandis qu'entre les vésicules apparaissent les cellules de la lignée lipoblastique en nombre plus ou moins important, on voit les éléments fibril-

laires se multiplier, se diviser ou s'épaissir, et éloigner les vésicules adipeuses les unes des autres.

Ensuite la progression tumorale se fait vers des formes fibro-lipomateuses, puis lipomyxomateuses, pour aboutir en dernier lieu à un aspect de fibro-sarcome ou de sarcome globo-cellulaire.

Place et signification de l'état lipomyxomateux.

Ici, se pose la question de l'état lipomyxomateux : quelle place et quelles significations faut-il lui accorder ?

Les nombreuses et variées dénominations rencontrées dans la littérature témoignent bien de la difficulté du problème : myxome lipomateux, lipome myxoïde, sarcome lipoblastique myxoïde, myxosarcome, lipome embryonnaire, etc. Aucune d'entre elles n'a jusqu'à présent prévalu.

Nous voudrions, en premier lieu, préciser les traits sous lesquels se présente cet état très particulier. Les éléments cellulaires, rarement en masse, se trouvent dispersés au sein d'une substance interstitielle séro-muqueuse abondante et parcourus de fines fibrilles de collagène en lâche chevelu. Il s'agit de cellules parfois arrondies ou fusiformes ou polyédriques, le plus souvent triangulaires ou étoilées avec de nombreux prolongements fins, sans monstruosités. Leur cytoplasme, quoique peu abondant, se montre presque toujours pourvu de vacuoles de taille très variable. La coloration au Soudan-III prouve que ces vacuoles correspondent à des gouttelettes de graisse, allant de granulations à l'aspect mûriforme et même à la masse unique, déformant et refoulant le noyau en croissant. On note encore çà et là quelques vésicules adipeuses adultes et des lacs lymphangiomateux. La substance interstitielle n'est pas, ou très peu, colorable par le muci-carmin; les vacuoles ne le sont pas du tout. Ce caractère permet d'éliminer totalement le myxome vrai. Nous n'avons pas trouvé que cette substance interstitielle offre une affinité tinctoriale pour le vert lumière, ainsi que l'indique Goormatight.

En ce qui concerne l'origine des cellules qui caractérisent l'état lipomyxomateux, Grigouroef, dans un article assez récent du *Bulletin du cancer*, estime qu'elle doit être placée dans une dérivation à partir d'éléments graisseux embryonnaires. « C'est pourquoi, dit-il, la dénomination de lipome embryonnaire est celle qui convient le mieux. » Précisons que cet auteur a bien en vue le même type de tumeur que nous, puisqu'il en donne une description clinique et histologique rigoureusement analogue. A notre avis, il ne convient pas de conférer à l'état lipomyxomateux une individualité aussi nette. En effet, ainsi que le montrent nos observations, ses limites sont imprécises. Il apparaît à des moments différents de l'évolution tumorale et souvent coexiste pendant un certain temps avec des états connexes. Il représente un stade intermédiaire transitoire dans le cours des transformations que subit ce genre de tumeur. Ses éléments cellulaires, si caractéristiques, résultent bien davantage d'un certain degré de différenciation à partir des formes adultes que d'une dérivation de formes embryonnaires, comme en apporte la preuve une de nos observations, dans laquelle nous avons pu suivre les transformations progressives du stade lipome au stade lipomyxome. Ce qui contribue également à créer l'aspect myxomateux, ce sont les phénomènes d'atrophie qui peuvent toucher le tissu interstitiel et lui imposer la structure si spéciale que nous avons rappelée plus haut. Peut-être faut-il incriminer à l'origine de ces bouleversements des perturbations vasculaires ou certaines conditions défectueuses de nutrition.

Voies aberrantes.

Le processus régressif de dédifférenciation qui préside à l'évolution des tumeurs adipeuses que nous étudions s'accompagne d'une augmentation parallèle de la potentialité cellulaire. C'est ainsi qu'à partir du moment où des cellules ont subi un certain degré de dédifférenciation, il peut y avoir production de toutes les formes de transition, depuis la plus

immature, jusqu'à la plus évoluée approchant le tissu adipeux normal. Lorsque l'évolution régressive atteint un point plus élevé, la potentialité génératrice dépasse la lignée lipoblastique et s'engage dans une autre série mésenchymateuse. Ceci explique l'existence sur certaines de nos préparations de fibrocytes et fibroblastes et l'apparition de cellules de la lignée sanguine, amas lymphoïdes et mastzellen disséminés (cas Parcelier-Chenut) ou de plages rhabdomyomateuses (cas E. Dubourg). Goormatight et Grigouroef rapportent des constatations tout à fait analogues.

On comprend que de telles voies aberrantes aient fréquemment donné lieu à des méprises et qu'on se soit contenté, en présence de pareils aspects, de parler de fibro-lipomes banaux.

Nous avons cru tout d'abord que l'on pouvait accorder à ces voies aberrantes, dans la dédifférenciation, une signification évolutive. Les faits nous ont montré qu'il n'est pas possible d'en tenir un grand compte dans l'appréciation du pronostic.

Caractères de malignité spéciale.

Le rapprochement des faits cliniques et des aspects histologiques ne devait pas manquer de faire ressortir l'absence de corrélation entre les deux domaines. C'est la remarque de tous les auteurs qui ont observé des cas analogues. En effet, l'évolution de ces tumeurs est lente et locale pendant des années, mais entraîne plus ou moins tard des récidives sur places après extirpation aussi complète que possible et des manifestations à distance et offre, par conséquent, un pronostic des plus réservés. Or, l'aspect histologique tantôt rappelle tout à fait un lipome, et annoncerait un avenir trop favorable, tantôt fait croire à un sarcome, et laisserait prévoir un pronostic plus immédiatement sombre que la réalité. Rien apparemment n'indique si une tumeur va prendre une allure maligne, rien ne paraît traduire la récidive en puissance (la tendance de la récidive *in situ* ou à distance est incontestablement une des particularités les plus curieuses

de ces tumeurs et constitue un facteur de gravité certain). Pourquoi cette discordance ? Comment comprendre cette malignité masquée ?

Les cloisons fertiles. — L'examen approfondi des préparations apporte déjà quelques éclaircissements à ce problème. Sans doute, en présence de lipome simple ou de fibro-lipome, l'existence d'une capsule nette, l'absence de monstruosités cellulaires, semblent affirmer la bénignité. Mais, comme nous l'avons fait remarquer au cours de la description de nos observations, certaines travées fibro-conjonctives apparaissent plus riches en cellules qu'on pourrait s'y attendre pour un lipome banal, et il s'agit de cellules en général volumineuses, allongées ou arrondies, à fort noyau souvent boudiné. Ces zones suspectes mais momentanément quiescentes sont susceptibles, sous des influences inconnues, de fournir le point de départ de nouvelles vagues de multiplication cellulaire avec apparition d'atypies et de signe de dédifférenciation. La dénomination de cloisons fertiles leur convient admirablement. Il faut les rechercher pour les mettre en évidence. Il est arrivé souvent que le diagnostic ait été rétrospectif, lorsque l'attention a été éveillée par une évolution fâcheuse. C'est ce que reconnaissent Bériel et Delachanal dans leur très instructive observation. Revoyant les premières préparations, ils ont alors mis en évidence les anomalies qui existaient au sein d'un lipome apparemment banal. En conclusion, on peut dire que malgré des aspects différenciés et bénins, ces tumeurs graisseuses trahissent dès les premiers stades, par l'existence de cloisons fertiles, une certaine instabilité.

Notion de maladie de système. — D'autres considérations vont également contribuer à mieux connaître les caractères et la nature de cette malignité très spéciale. Sans doute, la notion de cloisons fertiles rend compte de poussées évotives à partir de tumeurs d'aspect bénin. Mais comment comprendre après une large intervention sur une néoforma-

tion encapsulée la possibilité de récidives *in situ* ? Il faut bien admettre en dehors de la masse extirpée l'existence concomitante de foyers tumoraux en puissance. Encore mieux, les manifestations à distance donnent une explication au problème. Disons tout de suite qu'il ne s'agit nullement de métastases, étant donné la prédilection formelle pour le tissu adipeux et la possibilité de foyers nouveaux à structure plus différenciée que la tumeur première. Ce sont plutôt des récidives à distance, comme si l'acte opératoire créait un état de déséquilibre favorable au développement de nouveaux centres de prolifération dans tout le tissu adipeux profond, capable de déclencher simultanément des foyers multiples, bref d'une véritable maladie de système. Cette conception a l'avantage considérable de rendre compte des anomalies et des particularités de ces tumeurs graisseuses, d'expliquer logiquement la discordance entre clinique et histologie en montrant que la malignité dépend davantage de l'atteinte diffuse d'un système que de types histologiques.

Nous voudrions ici préciser combien il nous paraît plus satisfaisant d'invoquer la maladie de système même en face des récidives *in situ*, que de se contenter de parler de malignité locale, terminologie sans intérêt et sans conséquence.

Valeur des transformations successives. — Nous avons déjà plusieurs fois, au cours de cet exposé, souligné que l'aspect histologique général ne pouvait laisser prévoir le véritable pronostic, tandis que la remarque de certaines particularités que nous venons d'étudier fournit des facteurs d'appréciation plus exacts. Sans doute cela est très vrai pour l'état tumoral observé à un moment donné, mais, si l'on considère la suite des aspects d'une tumeur à l'occasion de récidives successives, comme cela nous a été donné de le faire dans le cas Rocher, on ne peut pas s'empêcher d'attribuer une signification importante à la série de transformations auxquelles on assiste. Certes, il n'y a peut-être pas un parallélisme étroit entre la graduation histologique et l'évolution clinique, mais nous croyons que ces changements morphologi-

ques aboutissent progressivement à des figures atypiques et proches de l'état sarcomateux, traduisent bien la malignité très particulière de ces tumeurs. Cette notion, très peu connue parce que les circonstances permettent rarement de suivre histologiquement toute une évolution, est très instructive, puisqu'elle contribue à amoindrir la discordance apparente entre la clinique et l'histologie, et nous a paru mériter plus qu'une simple mention dans cette étude.

En dernier lieu, notons que l'évolution longue de ces tumeurs adipeuses cadre très bien avec la lenteur de croissance habituelle des lipoblastes et le manque de vitalité du tissu lipomateux. L'apparition au sein d'un tissu tumoral de nappes lymphoïdes ou d'éléments disséminés du type mastzellen, bien qu'indiquant une déviation d'activité, ne traduit pas du tout une évolution plus maligne. Au contraire, dans notre observation IV, dont la guérison se maintient plus de dix ans après l'intervention, cet aspect semble avoir été la marque d'une évolution particulièrement longue et d'une singulière bénignité.

Nécessité d'une terminologie particulière.

Nous nous sommes efforcé de mettre en évidence les caractères et propriétés essentiels et très particuliers des tumeurs graisseuses qui font l'objet de cette étude. Tous se rapportent plus ou moins à la singulière malignité dont elles sont douées: pluralité des aspects histologiques, phénomènes régressifs, évolution dans des voies aberrantes, cloisons fertiles, maladie de système, sont autant de faits ou de notions qu'individualisent hautement, en corrélation avec les caractères cliniques, de telles tumeurs. Une terminologie spéciale mérite de leur être réservée. Il n'est pas possible de parler de lipome, puisque cet aspect ne représente qu'une partie des modalités histologiques observées et que l'on s'exposerait à croire à une fausse sécurité. Le terme de liposarcome correspond à un pronostic plus rapidement pessimiste.

Lipoblastome et lipome embryonnaire ne nous paraissent pas non plus convenir, car ils évoquent une origine embryonnaire à laquelle nous ne croyons pas. Le terme de liposarcomatose serait peut-être plus approprié, car il rappelle un peu la notion de maladie de système.

Mais la dénomination qui paraît encore la meilleure, et à laquelle Goormatight donne en dernier ressort la préférence, est celle de *lipocytome*, synthétisant l'idée d'une affection tumorale et tissulaire.

Rapports des lipocytomes avec les autres formations graisseuses.

1° *La tumeur maligne du tissu graisseux*, ou *liposarcome*, fait l'objet de rares publications, d'ailleurs assez disparates. A leur lecture, on ne peut s'empêcher d'éprouver quelques doutes sur l'existence réelle d'une telle entité. D'après ces descriptions, il s'agit de tumeurs qui surviennent chez l'adulte après 50 ans en général. Elles récidivent rapidement après extirpation, elles ne guérissent jamais. L'aspect histologique est assez variable, en général le tissu malin prédomine et rappelle un sarcome fuso-cellulaire avec des cellules géantes monstrueuses. A côté se voient des îlots, soit de tissu graisseux embryonnaire, soit de tissu graisseux adulte, ou de stroma myxomateux.

La différenciation entre lipocytome et liposarcome est assez malaisée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Il peut sans doute exister des formes de transition. D'ailleurs, l'existence même du liposarcome est contestable.

2° *Les tumeurs graisseuses bénignes :*

a) La *maladie de Dercum*, ou *adipose douloureuse*, se caractérise par une augmentation de volume du tissu adipeux sous-cutané avec disposition segmentaire symétrique. A la palpa-

tion, on note une ébauche de lobulation; de plus, cette palpation est douloureuse. En fait, le diagnostic de maladie de Dercum ou de lipodystrophie ne se pose jamais en face d'un lipocytome qui constitue une tumeur limitée.

b) Le *lipome pur* forme une tumeur limitée, mais la différenciation histologique est le plus souvent facile, car il n'existe en aucun point d'indice de malignité. Néanmoins certaines formes de lipocytomes au sein desquels ces indices sont réduits au minimum peuvent faire hésiter des histologistes peu avertis.

c) L'*adénolipomatose symétrique de Launois et Bensaude* présente l'aspect de néoformations assez mal limitées, mais pouvant parfois en imposer pour une tumeur. Elle se développe au niveau des territoires ganglionnaires, prend une disposition polylobulée et possède un certain caractère familial. Histologiquement, il s'agit d'un lipome pur, dont le diagnostic est par conséquent facile.

d) Le *lipome symétrique des extrémités* est constitué lui aussi d'un tissu semblable à celui d'un lipome, mais il présente un certain intérêt du fait qu'il rappelle un peu la maladie de système.

3° *Les xanthomes* forment un groupe de tumeurs du tissu graisseux caractérisées par l'existence de cellules fusiformes ou ovalaires mono ou multinucléées à protoplasma alvéolaire, fait de petites logettes juxtaposées et bourrées de grains de lipoïdes (cellules spumeuses); on note de plus la présence de quelques cellules géantes multinucléées. La coloration jaune est due à la présence de carotène. On y trouve, en outre, une importante quantité de lipoïde intracellulaire (phospholipide et cholestérol).

Cliniquement, il en existe de nombreuses variétés :

a) Le *xanthome tubéreux*, caractérisé par l'existence de tumeurs papuleuses du volume d'une noix, dures, élastiques,

de coloration chamois. Le plus souvent il existe deux ou trois grosses tumeurs entourées de plus petites, siégeant sur les surfaces d'extension des articulations. Cette affection s'accompagne d'une cholestérolémie élevée.

b) Le *nævo-xanthome endothéliome* survient chez le nourrisson avant deux ans, et guérit spontanément. Cliniquement très voisin de la forme précédente, il s'en éloigne par le fait qu'il y a prolifération concomitante du tissu réticulo-endothélial et des endothéliomes capillaires.

c) La *maladie xanthomateuse* joint à l'affection locale une hépatosplénomégalie et une hypercholestérolémie. Il existe, en outre, des troubles articulaires et vasculaires et l'histologie révèle une infiltration xanthomateuse du tissu réticulo-endothélial.

d) La *xanthomatose osseuse généralisée* se présente comme une affection un peu semblable à la maladie de Recklinghausen. De multiples géodes creusent le squelette, au sein desquelles on découvre les lésions typiques de la xanthomatose. De plus, le système réticulo-endothélial de l'os est atteint et présente une infiltration diffuse.

La *maladie de Schuller-Christian* n'est d'ailleurs qu'une forme de la xanthomatose osseuse.

Ainsi ce groupe d'affection se rapproche des lipocytomes du fait qu'il s'agit d'une maladie de système et qu'il se présente sous la forme de tumeurs diffuses peu extirpables.

Néanmoins, il s'en éloigne par son histologie spéciale, par le syndrome humoral qui l'accompagne et par sa radiosensibilité.

ETIOLOGIE

Nous ne savons que bien peu de chose au sujet de l'étiologie de ces tumeurs. Elle demeure entourée du mystère qui règne autour de l'origine de toutes les tumeurs.

L'âge : Le maximum de fréquence se situe entre 30 et 60 ans. Mais les adultes jeunes et les vieillards ne sont pas à l'abri. Les enfants eux-mêmes paient leur tribut.

Le sexe : Les femmes seraient plus souvent atteintes. Il est difficile de donner des proportions exactes.

La syphilis a pu être invoquée comme cause prédisposante, mais il ne semble pas qu'elle influe sur l'évolution de la tumeur.

Le traumatisme est assez souvent invoqué comme cause déterminante : témoin observation I. Le rôle exact est bien difficile à établir au sujet des tumeurs des muscles et des coulées conjonctives des membres. Lenormant pense que le traumatisme n'est pas le facteur initial; il peut être révélateur ou constituer un agent d'aggravation, comme dans l'observation de Guyot et Courriades (*Bordeaux chirurgical*, octobre 1935).

Le doute, et il y en a un, doit jouer en faveur du malade lorsqu'il s'agit de médecine sociale (Moulonguet et Pollosson, Congrès de chirurgie, 1938).

La transformation d'une tumeur bénigne est discutable.

Moulonguet et Pollosson ne pensent pas qu'une telle éventualité soit possible. Le plus souvent l'évolution est d'emblée celle d'une tumeur maligne, et même, opérée dès le début, la récidive est de règle.

Certaines de ces tumeurs, au contraire, peuvent avoir au début une évolution cliniquement bénigne et l'examen anatomo-pathologique pratiqué à ce stade montre un tissu adipeux très voisin de celui des lipomes banaux. C'est cet aspect que montraient les coupes de notre observation II (professeur Rocher) lors de la première intervention, mais une étude plus approfondie révélait néanmoins des indices de malignité certaine, sur lesquels nous avons insisté lors de l'étude histologique.

D'ailleurs, l'évolution se charge plus ou moins rapidement de préciser un diagnostic clinique et parfois même histologique hésitant.

ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Tant du point de vue clinique que du point de vue thérapeutique, il faut distinguer :

— les formes à développement superficiel;
— les formes à développement profond.

Nous envisagerons successivement ces deux classes de tumeurs, en insistant particulièrement sur les premières, les seules intéressantes pour les chirurgiens.

I. — *Les tumeurs à développement superficiel.*

Symptomatologie.

Le début passe inaperçu. La tumeur croît de façon indolente et insidieuse. Elle est parfois révélée par un traumatisme ou découverte au cours d'un examen systématique.

Examinée à ce stade, elle est unique, arrondie ou ovoïde, recouverte par les masses musculaires voisines. Elle demeure indépendante des tissus, mais elle peut se fixer partiellement au cours de leur contraction.

Puis, dans les semaines qui suivent, elle augmente progressivement et régulièrement, atteignant le volume d'une orange, d'une tête de fœtus.

La rapidité de l'évolution est très variable. Certaines tumeurs croissent très rapidement, d'autres, au contraire, évoluent de façon beaucoup plus lente. Certaines même de ces tumeurs demeurent presque ou totalement stationnaires pen-

dant un temps variable, et, brusquement, soit à l'occasion d'un traumatisme, soit à l'occasion d'un effort volontiers invoqué, la marche de la tumeur augmente rapidement.

Cette évolution en deux temps serait un symptôme assez typique de ces tumeurs.

Les signes fonctionnels font très souvent défaut à ce stade. Néanmoins, dans quelques cas, on note une sensation de pesanteur au niveau du membre atteint, et parfois des douleurs plus marquées à type névritique.

L'état général est conservé de façon absolue.

Lorsque le néoplasme a atteint un certain volume, il devient l'élément dominant du tableau clinique. Il se présente avec les caractères décrits à l'anatomie pathologique, régulier, homogène, élastique, de consistance également ferme ou avec des points ramollis, parfois même pseudo-fluctuants.

La palpation est toujours indolente.

La peau sus-jacente, distendue, demeure normale. Il n'y a pas de circulation collatérale.

Parfois la tumeur se pédiculise et pend à la manière d'une « besace ». Pour Moulonguet et Pollosson, ce serait le fait des tumeurs à évolution lente, dont le pronostic est moins sombre.

Lorsqu'elle siège à la racine du membre, ce qui est la règle au membre inférieur, ce dernier se déforme en gigot, mais l'accroissement est, en général, postérieur ou interne.

Si, au contraire, elle se localise à la partie médiane, on observe des déformations en fuseau plus ou moins renflé.

Au cou, elle se situe presque toujours au niveau de la région carotidienne, refoulant le sterno-cléido-mastoïdien.

Les signes fonctionnels demeurent absents ou peu marqués. Les douleurs restent sourdes, peu intenses, le plus souvent ce sont de simples sensations de pesanteur.

Les troubles de compression sont rares et tardifs. Le plus fréquent est l'œdème, traduisant la compression veineuse. La compression artérielle est exceptionnelle. Quant au syn-

drome d'interruption physiologique des nerfs par compression, il est extrêmement rare; au contraire, l'irritation du tronc nerveux est relativement fréquente.

En résumé, tumeur bien localisée, mobile, ne donnant que peu ou pas de signes de compression : cliniquement, c'est une tumeur bénigne.

La radio montre l'intégrité du squelette. Parfois elle révèle l'allongement, la déviation d'une artère voisine calcifiée. L'état général se maintient excellent. La fièvre des néoplasmes est rare (Iwawoto).

La recherche d'autres localisations s'impose : les zones de localisations habituelles seront explorées systématiquement, cliniquement pour les superficielles, à l'aide de la radio pour les profondes.

Nous pensons que le transit intestinal et la pyélographie doivent être faits systématiquement.

L'existence de ces localisations profondes contre-indique toute intervention chirurgicale.

Evolution.

La tumeur abandonnée à elle-même continue de s'accroître. Il est très rare à l'heure actuelle d'observer de ces énormes tumeurs qui distendent les téguments au point de les faire éclater.

C'est alors qu'apparaissent des érosions cutanées, source d'infection de la masse néoformée.

Les signes généraux, température et amaigrissement, font alors leur apparition, tandis que localement surviennent « des ulcérations, des écoulements puriformes, des éliminations de fragments sphacéliques, des hémorragies ».

C'est au milieu de ce cortège que l'affection évolue plus ou moins rapidement vers la mort.

Le plus souvent l'évolution se fait en plusieurs étapes mar-

quées par autant d'interventions chirurgicales, suivies par autant de récidives.

C'est là un des caractères dominants de l'histoire de ces tumeurs :

— tantôt parce que considérées comme bénignes;
— tantôt parce que, par suite de l'impossibilité de l'extirpation large; elles sont traitées par l'extirpation simple.

L'intervention est suivie de récidive locale; la récidive est traitée comme la tumeur primitive, et c'est ainsi que l'on voit des malades déjà opérés à plusieurs reprises revenir une fois encore pour une tumeur sinon tout à fait identique, du moins siégeant au même endroit et présentant une certaine similitude avec la ou les précédentes.

Dans d'autres cas, c'est un malade ayant déjà subi une amputation ou une désarticulation qui revient, parce qu'il présente sur un autre membre, au cou, ou à la face, une tumeur semblable à celle qui a motivé l'intervention première.

Parfois enfin, le malade amputé ou désarticulé présente des signes de localisation profonde. Les antécédents font alors le diagnostic.

Ces tumeurs, non traitées, entraînent le plus souvent la mort par leur évolution locale en deux à six ans.

Formes cliniques.

Nous ne nous attarderons pas sur les formes évolutives; nous signalerons seulement quelques formes anatomiques.

Les formes pelvi-crurales. — Notre observation II en est un cas typique. Soit qu'elles prennent naissance au niveau de la région fessière et du triangle de Scarpa pour gagner ensuite, par les échancrures sciatiques ou le canal crural, le tissu sous-péritonéal, soit qu'elles naissent au niveau de ce tissu pour s'extérioriser secondairement, ces formes cons-

tituent le trait d'union entre les formes à développement superficiel et celles à développement profond.

Il est facile de concevoir les conséquences thérapeutiques qui résultent de semblables localisations.

Les formes thoraco-brachiales sont comparables aux précédentes, mais beaucoup plus rares.

Les formes cervicales (obs. III) siègent le plus souvent à la partie externe du cou, au niveau de la gouttière carotidienne. La tumeur se présente toujours avec les mêmes caractères cliniques. Mais les conséquences thérapeutiques qui découlent d'une telle localisation font qu'elles méritent d'être isolées.

Diagnostic.

Diagnostic positif.

Le diagnostic de ces tumeurs est le plus souvent facile. Il faut y penser chaque fois que l'on se trouve en face d'une tumeur indolente, mobile sans adénopathies, n'entraînant aucun trouble fonctionnel, et dont le développement s'est fait de façon continue et progressive ou en deux temps.

En cas de doute, il semble logique d'envisager non pas la ponction au trocart, petit moyen de peu d'intérêt, mais la biopsie.

En fait, les examens ultérieurs pratiqués sur une tumeur biopsée ont montré au niveau du prélèvement des ruptures de la capsule et une infiltration des régions voisines. Mais la chose a, semble-t-il, peu d'importance s'il s'agit d'un lipocytome, car il faudra se décider à l'intervention large ou à la radiothérapie. D'ailleurs la biopsie sera faite avantageusement au bistouri électrique.

Diagnostic différentiel.

Il pose parfois des problèmes embarrassants.

1° *Les tumeurs cutanées* sont facilement éliminées par

leur siège superficiel et par leurs rapports flagrants avec la peau.

2° *Les tumeurs osseuses* ne prêtent pas à discussion dans la grande majorité des cas. Néanmoins, il est des conditions dans lesquelles le diagnostic se discute.

C'est, d'abord, le cas d'une tumeur osseuse n'altérant pas l'architecture de l'os, comme certains myélomes ou fibrosarcomes. C'est ensuite le cas d'une tumeur ou une récidive de tumeur graisseuse déterminant au contact de l'os une légère réaction périostique.

En fait, le diagnostic est d'intérêt réduit, car la conduite thérapeutique, dans les deux cas, est très voisine.

3° *Les affections inflammatoires des muscles* (syphilis, tuberculose, myosites à germes banaux), si elles posent un diagnostic délicat avec les tumeurs musculaires, se confondent beaucoup moins facilement avec les tumeurs graisseuses, qui se localisent toujours dans les espaces intermusculaires.

4° *Les affections parasitaires :* le kyste hydatique des coulées conjonctives simule parfois à s'y méprendre un lipocytome. En l'absence d'antécédents nets et des réactions biologiques, c'est un diagnostic d'intervention.

5° *Les tumeurs bénignes des parties molles :*

a) *Les lipomes profonds :* Certes, nous ne voulons pas nier l'existence de ce genre de tumeurs, mais leur interprétation est parfois délicate. Il n'est que de considérer les coupes pour se rendre compte de la facilité avec laquelle on étiquetait lipome un lipocytome vrai. Moulonguet et Pollosson rapportent un cas de Lecène, qui, après ablation, continua à évoluer localement, ce qui n'est guère dans la note d'un lipome véritable.

b) *Les tumeurs bénignes des nerfs :* Neurinome ou neurogliome, placés sur le trajet des nerfs, donc dans les couches intermusculaires, sont parfois d'un diagnostic délicat, d'autant plus que ces tumeurs ne s'accompagnent souvent d'aucun syndrome neurologique.

c) *Les tumeurs bénignes des tendons et de leurs dépendances* ; Tumeurs à myéloplaxes, kystes synoviaux, sont généralement des diagnostics d'intervention.

6° *Les tumeurs malignes des parties molles :*

a) Les *sarcomes* des coulées conjonctives, des tendons, des gaines synoviales, des synoviales articulaires : Si le diagnostic topographique est parfois possible, la nature exacte de la tumeur n'est révélée que par le microscope.

b) Les *néoplasies malignes* des nerfs et des vaisseaux sont exceptionnelles.

7° *Les affections ganglionnaires :* Les inflammations chroniques et les tumeurs des ganglions ne constituent jamais aux membres un diagnostic délicat, mais il en va tout autrement pour les formes cervicales. En face d'une tumeur du cou, c'est en effet, d'abord, aux affections ganglionnaires qu'on pense : le lymphome, le lymphocytome et le lymphoblastome ne seront souvent éliminés qu'après une biopsie.

8° Enfin, *certaines lésions* peuvent encore être confondues avec les lipocytomes : corps étrangers inclus, injection médicamenteuse non résorbée, hématome post-traumatique, myosite ossifiante, vieil anévrisme.

Traitement.

Nous envisagerons tout d'abord l'étude du traitement tel qu'il est conçu actuellement, puis nous dirons un mot des conséquences thérapeutiques que peuvent entraîner les acquisitions nouvelles.

Les méthodes chirurgicales.

1° *L'énucléation* est une opération facile grâce au plan de clivage péricapsulaire, mais en fait illogique, étant donné l'existence des infiltrations péricapsulaires.

2° *L'ablation large*, c'est l'ablation de la tumeur en passant largement à distance en tissu sain. Faut-il respecter dans ce cas les éléments vasculo-nerveux ? Sans doute la résection d'un tronc artériel ou nerveux ne se fait-elle pas toujours d'un cœur léger et les troubles consécutifs équivalent-ils parfois à une amputation. Mais si l'on en croit Moulonguet et Pollosson, elle est logique, car il faut appliquer à ces tumeurs la chirurgie de tous les cancers, c'est-à-dire l'exérèse large.

L'ablation large est l'intervention la plus étendue que l'on puisse appliquer aux localisations cervico-faciales. Elle ne satisfait aucunement aux règles de la chirurgie du cancer. C'est pourquoi, en ce qui concerne les lipocytomes des membres, elle est abandonnée pour les amputations et les désarticulations.

3° *Les amputations* sont suffisantes en cas de tumeur située loin de la racine des membres, elles ont pour elles leur bénignité relative. Mais dès qu'il s'agit, au contraire, comme c'est le cas le plus fréquent, d'une localisation voisine de la racine, il faut leur préférer la désarticulation, plus grave sans doute, mais plus satisfaisante, théoriquement du moins.

4° *Les désarticulations* réalisent une ablation beaucoup plus étendue des parties molles. Tandis que Sorrel et, avec lui, J.-L. Faure et Richard conseillent l'intervention rapide, Leriche et Roux-Berger insistent, au contraire, sur l'intérêt de l'opération menée lentement, progressivement, avec ligature isolée et systématique de chaque vaisseau, novocaïnisation de chaque tronc nerveux avant sa section. Les muscles seront coupés très près de la racine du membre ou, mieux, désinsérés, comme le conseille Quenu.

Enfin, dans les tumeurs volumineuses ou situées très près de la racine du membre, il faudra, au membre inférieur, pratiquer l'interilio-abdominale, et, à l'épaule, l'interscapulo-thoracique; opérations graves, certes, mais qui, seules, répondent aux nécessités de la chirurgie du cancer.

Ainsi les chirurgiens se sont orientés vers les interventions larges. Sans doute, cette ligne de conduite est-elle dictée par les notions actuellement admises en matière de chirurgie du cancer, mais les lipocytomes apparaissent — il faut bien le reconnaître — comme des cancers à évolution particulière. Avec Goormatight et Geschister, on est en droit de penser que l'affection — si elle porte en un point précis du tissu adipeux — est plus ou moins latente au niveau de toute la graisse profonde, et c'est pourquoi l'on est obligé d'admettre que l'opération la plus large est loin d'être entièrement satisfaisante.

L'observation I n'en est-elle pas un exemple patent ? Tumeur opérée très largement par une interilio-abdominale, toute la masse est ainsi très largement enlevée, et cependant, quelques mois après, la récidive rétropéritonéale survient, inopérable et rapidement mortelle.

La physiothérapie.

Classiquement, ces tumeurs sont radiorésistantes. Néanmoins, dans la statistique de Moulonguet et Pollosson (Congrès de chirurgie de 1928), sur 33 tumeurs de ce type, 16 furent traitées par radiothérapie associée à la chirurgie, 4 se montrèrent radiosensibles, 2, néanmoins, récidivèrent après traitement. Ponthus, dans le nouveau *Traité d'électrothérapie*, cite les statistiques suivantes, de Hintze :

TUMEURS traitées	CHIRURGIE		RADIOTHÉRAPIE		RADIOTH. + CHIRUR.	
	opérées	guéries après 5 ans	traitées	guéries après 5 ans	traitées	guéries après 5 ans
919	393	33 %	201	25 %	82	39 %

Néanmoins, les précisions anatomo-pathologiques sont insuffisantes pour juger de quels traitements il s'agit exactement.

La tumeur de notre observation II s'est montrée très sensi-

ble aux rayons X, puisque quatre séances ont fait disparaître le reste de la masse pelvienne.

D'autre part, Geschickter, Thibaudeau, Kiess, Quenu, Huet et Loyer apportent des cas réellement guéris par physiothérapie. Mais il est un fait particulier sur lequel nous voudrions attirer l'attention. Etant données les modalités histologiques sous lesquelles se révèlent ces tumeurs suivant leur stade d'évolution, ne peut-on pas penser que la radiosensibilité aux radiations peut varier au cours de leur évolution ? Il n'y a là, certes, qu'une hypothèse, mais qui mériterait, semble-t-il, des recherches ultérieures.

Indications.

Les interventions étroites sont illogiques. Moulonguet et Pollosson insistent sur le fait que c'est dès le début qu'il faut considérer la gravité du mal et décider les larges sacrifices nécessaires. Sans doute, est-il difficile de faire comprendre à une malade qui ne présente qu'une tumeur de faible volume, n'entraînant aucune gêne, la nécessité de l'intervention; c'est cependant la seule conduite chirurgicale logique.

Trop souvent le chirurgien, timoré ou mal renseigné au point de vue anatomo-pathologique, ne pratique qu'une intervention limitée. Bientôt la récidive apparaît, l'amputation est alors pratiquée, qui, elle-même, est suivie plus ou moins rapidement d'une nouvelle récidive. C'est alors à la désarticulation qu'il faut se confier, s'il est encore temps. Ainsi le chirurgien, toujours en retard d'une intervention, court à la poursuite du mal.

Il est possible que la radiothérapie mérite un peu plus de considération que celle qui lui est accordée généralement. Certes, l'échec est net dans la majorité des cas, mais il n'en existe pas moins des lipocytomes radiosensibles.

En fait, comme le font remarquer Moulonguet et Pollosson, « nous sommes très peu renseignés sur la correspondance entre la structure histologique et la radiosensibilité ». Les schémas ne sont exacts qu'en gros et ils comportent des

exceptions inexplicables en l'état actuel de nos connaissances.

Or, nous avons pu constater (obs. II) combien pouvait être variable l'image histologique d'une même tumeur durant le cours de son évolution. N'y aurait-il pas là une partie de cette inexplicabilité ? D'autre part, la notion même de maladie de système ajoutée au fait que l'intervention chirurgicale semble avoir souvent une influence déclenchante sur la récidive vient ébranler les bases du traitement chirurgical.

Il semble donc que l'on soit fondé d'essayer systématiquement la radiothérapie avant toute tentative chirurgicale; la chirurgie reprend alors ses droits en cas d'échec.

D'autre part, la radiothérapie régionale ne pourra que compléter le traitement chirurgical. C'est cette association qui a donné à Hintze ses meilleurs résultats.

Enfin, pourquoi ne pas faire suivre le traitement local (chirurgical ou radiothérapique) d'un traitement général téléradiothérapique à doses suffisantes, comparable à celui de la maladie de Hodkin, par exemple ? C'est, en tout cas, la conséquence logique qui découle de la notion de maladie de système.

II. — *Tumeurs à développement profond.*

Pour les raisons déjà indiquées, nous ne ferons qu'ébaucher leur étude.

Il est difficile de donner de la symptomatologie de ces tumeurs une description d'ensemble. Chacune d'elles se manifeste par des signes d'emprunt variables suivant sa localisation et souvent comparables à ceux des tumeurs de nature différente mais de siège semblable.

A. — Tumeurs rétropéritonéales.

Elles peuvent se classer schématiquement en deux catégories :

1° les rétropéritonéales au sens anatomique du mot, c'est-

à-dire celles qui siègent dans la fosse lombaire et le tissu rétropéritonéal du bassin;

2° les intrapéritonéales, comprenant celles qui se situent à l'intérieur des mésos et des épiploons.

1° Les rétropéritonéales vraies.

Elles évoluent lentement, insidieusement, atteignant un volume parfois notable sans s'être aucunement révélées.

Les douleurs sont très longtemps absentes ou vagues, à type de pesanteur ou de tiraillement. Il n'existe pas de signes urinaires ni de syndromes de compression.

L'état général demeure très longtemps parfait.

a) Localisé dans la fosse lombaire, le lipocytome, atteignant un certain volume, se décèle alors sous la forme d'une tumeur lombaire, mais à évolution plutôt antérieure, gagnant la fosse iliaque ou l'hypocondre.

La masse est lisse ou bosselée, de consistance variable; bref, elle possède les caractères sur lesquels nous nous sommes longuement étendu à l'étude anatomique, auxquels viennent se surajouter les caractères cliniques des tumeurs rénales et pararénales. Elle présente, en effet, le contact lombaire et le ballottement rénal. Elle est, de plus, souvent croisée en avant par la sonorité colique.

La radio sans préparation peut la déceler, mais la radio après injection de substances opaques dans l'arbre urinaire précisera son siège et, dans une certaine mesure, son volume. Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic, qui est celui de toutes les tumeurs pararénales.

Quant à sa nature exacte, c'est, seul, le microscope qui la précisera.

L'évolution est toujours semblable : augmentation de volume lente, troubles de compression tardifs, altération de l'état général très tardif.

Le traitement s'intègre lui aussi dans celui des tumeurs pararénales.

La récidive postopératoire est, là encore, sinon une règle, du moins une éventualité fréquente, ce qui ne saurait nous surprendre.

b) Si le processus se localise au tissu rétropéritonéal du bassin, la tumeur peut alors s'extérioriser au bout d'un temps plus ou moins long par les échancrures sciatiques, aboutissant ainsi à une masse en diabolo ou en haltère. L'extirpation, dans ce cas, ne peut être qu'incomplète (cf. obs. II).

On pourrait peut-être, dans ce cas, envisager une intervention complémentaire intrapelvienne, qui, décollant le péritoine, irait à la recherche de la seconde partie de la tumeur.

c) C'est, enfin, à ce niveau que se développent les formes diffuses, constituant une véritable coulée tumorale. Ces formes présentent deux caractères particuliers, qui permettent de songer au diagnostic :

1° elles sont secondaires à une intervention;

2° elles entraînent fréquemment des troubles de compression.

2° Les intrapéritonéales.

Elles ont, cela se conçoit, une symptomatologie extrêmement polymorphe. Le plus souvent, c'est l'existence d'une tumeur abdominale apparue en l'absence de tout syndrome douloureux ou fonctionnel qui attire l'attention. Plus rarement, ce sont des douleurs de siège et d'irradiations variables ou un syndrome fonctionnel fait de troubles du transit, diarrhée, constipation, entérorragies.

Il semble bien, à la lueur des études récentes, — celles de Goormatight et de Geschikter en particulier — que nombre de tumeurs des mésos décrites autrefois comme des lipomes, myxolipomes, fibro-lipomes, entrent danse le cadre des lipocytomes. C'est pourquoi il ne faut peut-être pas considérer l'énucléation simple comme un procédé de choix; mais la distinction est impossible au chirurgien qui intervient pour une tumeur d'apparence bénigne.

La résection étendue de l'intestin ou du méso est un procédé théoriquement plus sûr; malheureusement, là encore, la notion de maladie de système vient diminuer notablement la sécurité que devrait apporter avec elle l'intervention large.

B. — **Tumeurs intrathoraciques, intracrâniennes, médullaires.**

Ces tumeurs se confondent, au point de vue clinique et thérapeutique, avec les tumeurs de même localisation et de nature différente. Nous n'y insisterons pas. Nous signalerons seulement l'intérêt thérapeutique que pourrait avoir la téléradiothérapie.

III. — *Les formes généralisées.*

Ces formes, extrêmement intéressantes par leur nosologie et leur histogénèse, ne présentent au contraire, du point de vue clinique et thérapeutique, qu'un intérêt médiocre. Chacune des tumeurs, suivant sa localisation, apporte son cortège personnel de signes.

D'autre part, il est hors de doute que le traitement de ces formes dépasse les possibilités chirurgicales. Il est légitime de tenter la radiothérapie, sans trop espérer de cette thérapeutique.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Professeur agrégé Massé, Tingaud.)

D... (Catherine), 38 ans. Entre à l'Hôpital Tastet-Girard, pour une tuméfaction de la cuisse droite, le 6 novembre 1941.

Le début remonte aux premiers mois de 1939. Léger gonflement au niveau de la partie inféro-interne de la cuisse droite débordant sur la face interne du genou, survenu quelques semaines après un traumatisme. Cette tuméfaction s'accompagne de légères douleurs, mais n'entraîne aucun signe fonctionnel, ni aucun trouble de l'état général.

Durant deux ans et demi, la tuméfaction augmente progressivement de volume, évoluant toujours sans troubles fonctionnels et généraux.

En juin 1941 surviennent des douleurs comparées à une décharge électrique, avec sensation de chaleur locale. C'est alors que la malade va consulter un chirurgien. Une biopsie est pratiquée, à la suite de laquelle la malade entre au Centre anticancéreux (Prof. Réchou). Devant le refus énergique de traitement chirurgical, un traitement radiothérapique est pratiqué.

Résultat nul.

La malade est alors transéatée le 6 novembre à l'Hôpital Tastet-Girard. A ce moment, l'état général est touché, il existe une asthénie marquée et un amaigrissement important est survenu. La température est normale.

La cuisse droite est le siège d'une volumineuse tuméfaction, de la grosseur d'une citrouille de volume moyen, légèrement allongée dans le sens vertical.

La peau sus-jacente est pigmentée, tendue, et il existe une circulation collatérale intense.

Le pôle supérieur remonte au niveau de l'arcade crurale et l'extrémité inférieure atteint la pointe de la rotule. La consistance est variable suivant les points, régulière, ferme dans l'ensemble, elle donne à sa partie supérieure une nette impression de fluctuation. La température locale est élevée. Il n'existe pas d'adénopathie.

Le membre inférieur droit est en extension, il est le siège d'un œdème important gardant l'empreinte des doigts.

Toutes les articulations jouent normalement. Seule, la flexion de la cuisse est gênée par le volume de la masse.

L'examen des différents appareils ne révèle rien d'important. Tension artérielle : Mx, 15; Mn, 8; Io, 5.

Rien dans les antécédents ne mérite d'être retenu.

Le 15 janvier 1942, nouvel examen.

La tumeur a notablement augmenté; elle a pris le volume d'une énorme citrouille de près de 30 centimètres dans son grand axe vertical, distendant toute la cuisse. En hauteur, elle remonte jusqu'à 2 centimètres de l'épine antéro-supérieure et descend jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure de la rotule. La peau est extrêmement distendue et la circulation collatérale très importante.

A la partie moyenne de l'union des faces antérieure et externe, se greffe une tuméfaction du volume du poing. De même, au niveau de la face interne, se détache une proéminence à large rayon de courbure.

La consistance est assez régulière mais notablement plus molle que lors du premier examen. En outre, on constate au niveau des deux zones surélevées une sensation nette de fluctuation.

La jambe semble appendue à cette énorme masse. L'œdème est très marqué.

L'impotence a crû notablement jusqu'à ce jour. La malade ne peut déplacer son membre inférieur qu'en le soulevant à deux mains et ne s'assied que difficilement. Néanmoins les mouvements, qui ne sont pas gênés par la masse de la tumeur, demeurent normaux.

Quant aux douleurs, elles ont notablement augmenté : aux impres-

sions de décharge électrique s'ajoute maintenant une sensation permanente de distension, au point que cette malade a l'impression que sa cuisse va éclater. Les douleurs sont si violentes que la malade, qui avait toujours refusé l'intervention, la demande à toute force.

L'état général est très touché : asthénie marquée, anémie. La malade parle avec peine.

Intervention le 20 janvier 1942. — Désarticulation inter-ilio-abdominale.

La malade a reçu deux injections de Scophédal et est endormie à l'éther. Elle est couchée sur le côté sain, le côté malade soulevé par un coussin, l'opérateur du côté malade, l'aide principal en face, un aide à l'extrémité du membre.

Une première incision est faite, partant du bord externe de la masse sacro-lombaire en arrière, qui suit parallèlement la crête à 1 centimètre au-dessous. Elle s'infléchit au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et croise l'insertion de l'arcade crurale, lui devient parallèle et se porte vers le pli génito-crural. On désinsère les muscles larges de la crête iliaque et on décolle le sac péritonéal. On pénètre facilement dans la fosse iliaque jusqu'au détroit supérieur. On sectionne l'arcade crurale au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et, après avoir coupé la bandelette ilio-pectinée, on peut sans difficulté lier, sous le contrôle de la vue, les vaisseaux fémoraux. En passant dans l'interstice moyen adducteur-pectiné, on rend accessible et on rugine la branche horizontale du pubis et on la sectionne au costotome, juste en dehors de l'insertion du grand droit. On lie facilement le paquet vasculo-nerveux obturateur. On sectionne la branche ischio-pubienne. On rugine la fosse iliaque externe des fibres postérieures du moyen fessier, et on peut, après avoir glissé l'index gauche de haut en bas derrière l'os iliaque, rejoindre l'index droit, qui passe sous l'ogive sciatique. Une scie de Gigli suit le même chemin et on sectionne l'aile iliaque immédiatement en dedans de l'émergence des vaisseaux fessiers. On imprime une légère rotation interne au membre inférieur, qui ne tient plus que par le psoas, qu'on sectionne avec le nerf crural infiltré. Le membre ne tient plus que par la face

externe de l'obturateur interne, que l'on désinsère de la membrane obturatrice et du trou ovale.

Obturateur et pyramidal forment un plan profond, le muscle fessier est rabattu et ses bords sont suturés, en haut aux muscles de l'abdomen, en avant à l'arcade crurale, en bas aux restes des adducteurs.

Un drain est placé dans la partie inférieure de la plaie.

Suites opératoires. — Transfusion de 400 cm³ de sang pendant l'opération en deux fois; 800 cm³ de sérum antichoc intraveineux aussitôt après l'opération, quatre ampoules de Pressyl.

Le matin du jour suivant l'opération, à 5 h. 30, injection de 500 cm³ de sérum adrénaliné, intraveineux. La malade est tout à fait consciente. Pouls à 130. Elle se plaint de coups dans la région précordiale. La moitié du sérum passe le soir du même jour. Pouls rapide mais bon durant la nuit. 3 heures du matin : la malade appelle pour impression lipothymique et battements dans la région précordiale. On fait du Solucamphre. Par la suite, l'état va s'améliorant. Plus d'impressions cardiaques pénibles. Le pouls descend progressivement à 100, la température au-dessous de 37°. La malade se plaint d'une sensation de décharge électrique dans la jambe absente. Pas de troubles respiratoires : ni toux, ni expectoration. Localement : un peu de liquide séro-purulent s'écoule par les deux orifices laissés par le trajet des drains.

Pansements tous les deux jours depuis le septième jour après l'opération, date à laquelle on retire les drains.

Examen de la pièce. — Au-dessous du tissu sous-cutané, formé d'un panicule adipeux important, on tombe sur une aponévrose assez résistante qui limite toute la tumeur. Sur l'incision longitudinale, on trouve à la partie supérieure de la cuisse quelques fibres musculaires de faible épaisseur, avec de petits ganglions dans la région du pli crural, puis on entre dans la masse même de la tumeur, que l'on ouvre sur toute sa longueur. Par endroits, un liquide un peu sanglant sort sous pression, la masse se révèle de consistance variable suivant les régions traversées. A la partie supérieure, vaste zone formant environ le tiers de la tumeur, faite de tissus qui résistent au scalpel, de couleur blanc ivoirin, parsemés

de nodules très nombreux, de volume variable d'une fève à une mandarine, de coloration œufs brouillés, de consistance molle, ne résistant que peu à la pince : on prélève un fragment dans cette région.

A la partie moyenne de la pièce, occupant plus d'un tiers de la tumeur, il existe une zone kystique par endroits avec du liquide sanguinolent, mais surtout une masse du volume d'un gros pamplemousse, très hématique, semblant formée de plans fibreux superposés concentriques entourant des cavités remplies de substances de consistance gélatineuse et hématique d'aspect.

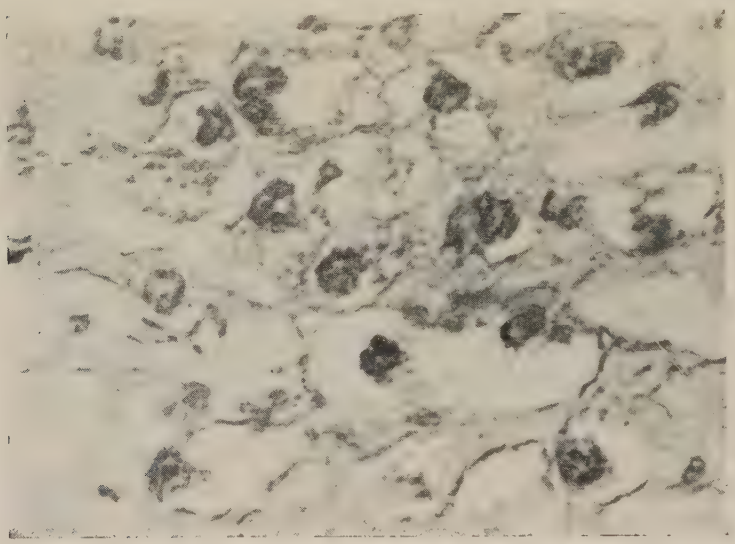
Obs. I. — Pièce opératoire du 20 janvier 1942.

On trouve la rotule en arrière et au-dessus et on tombe sur les condyles fémoraux à nu. Il semble que l'on soit dans la cavité de l'articulation du genou. On incise jusqu'au fémur, et on rencontre à la face antérieure de celui-ci, dans la région toute supérieure, des irrégularités osseuses sous forme de petits nodules et de traînées de quelques millimètres de hauteur.

La masse faisant saillie à la face externe de la cuisse décrite dans l'observation, fluctuante, correspondait à une zone d'aspect kystique qui rappelle la deuxième zone décrite au tiers moyen de la tumeur.

Examen microscopique. — L'examen histologique des fragments biopsiques prélevés au niveau de la tumeur de la cuisse met en évidence des aspects paraissant au premier abord bien différents, mais entre lesquels existent toutes les formes de transition.

Sur une grande étendue des préparations, l'impression première est qu'il s'agit d'une tumeur à cellules claires et à structure lâche. Un examen attentif montre que des fibrilles conjonctives d'importance variable dessinent par leur entrelacement des logettes de tailles inégales, arrondies ou polygonales. Certaines de ces logettes sont vides et représentent des vésicules adipeuses adultes. Quelques-unes sont comblées par une substance homogène faiblement acidophile. Il s'agit probablement de lacunes lymphangiomateuses.



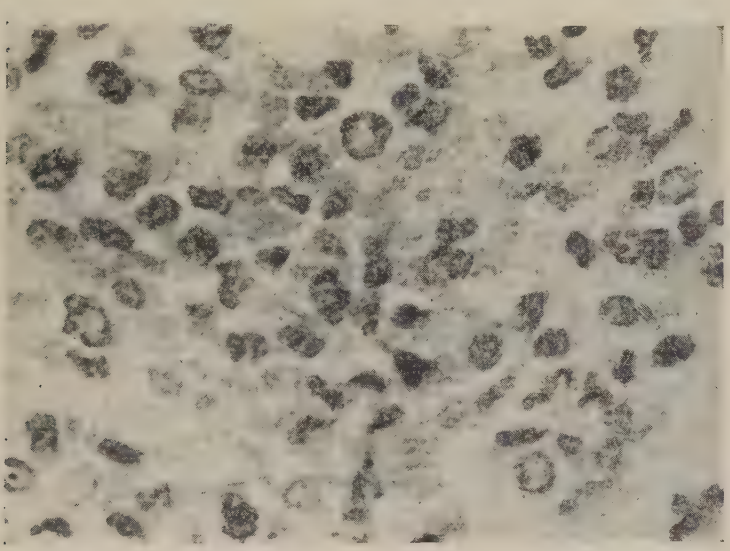
Obs. I. — Tumeur à cellules claires et à structure lâche.

Un assez grand nombre contiennent une ou parfois deux cellules offrant les caractères suivants : cytoplasme un peu rétracté, rarement homogène, le plus souvent spumeux ou vacuolaire; noyau arrondi assez régulier, à chromatine tantôt poussiéreuse, tantôt fortement condensée.

Pour chaque région examinée, l'aspect général peut se modifier suivant que prédomine l'un des éléments constituants : vésicules adipeuses, tissu interstitiel, cellules. Lorsque les vésicules adipeuses sont abondantes, l'apparence est celle d'un lipome. Si le tissu interstitiel, écartant les éléments cellulaires les uns des autres, prend de l'importance, cela réalise un aspect myxomateux. Dans

les zones où la densité cellulaire progresse, la plupart des groupements tendent à être centrés par des vaisseaux capillaires.

En certains points des préparations étudiées, la richesse cellulaire est beaucoup plus considérable et l'aspect général est tout différent. Les cellules, très nombreuses, paraissent véritablement juxtaposées. Leur noyau, de taille irrégulière, souvent allongé, renferme une chromatine tantôt lâche, tantôt fortement condensée. On remarque quelques figures de mitose. La disposition périvasculaire est fréquente, indiquant des zones de la plus grande fertilité.



Obs. I. — Aspect sarcomateux.

Enfin, il existe des nappes hémorragiques plus ou moins étendues; ce territoire offre évidemment une allure rappelant le sarcome, mais en fait ne présente pas de signes probant de haute malignité. Aucune région ne se montre mucicarminophile. L'étude des préparations colorées au Soudan-III est, par contre, vivement intéressante. En effet, non seulement les grosses vésicules adipeuses, mais encore de nombreuses vacuoles dans presque toutes les cellules, aussi bien des régions clairsemées d'allure lipomateuse que des territoires d'aspect sarcomateux, prennent ce colorant : ce fait montre que tous les éléments de cette tumeur possèdent

une même nature adipeuse, ils ne diffèrent que par leur âge dans la lignée lipoblastique, et par leur tendance à leur déviation vers d'autres lignées conjonctives.

Le 29 juillet 1942. la malade entre à nouveau dans le service de M. le professeur agrégé Massé, à l'Hôpital Tastet-Girard.

Depuis un mois, la malade souffre de l'autre jambe. Elle se plaint de douleurs spontanées assez violentes dans tout le membre inférieur, sans topographie, ni irradiation nette. La malade n'a plus de force dans la jambe et est incapable de lever le membre à l'horizontale.

La malade, angoissée, extrêmement nerveuse, a un état général néanmoins encore assez satisfaisant. Température. 37°. Pouls : 80. bien frappé.

Examen du membre inférieur gauche. — La cuisse est augmentée de volume et présente un léger œdème. Les téguments, blafards, sont striés de veinosités bleutées, qui se détachent avec une extrême netteté.

La mobilisation passive est normale, la mobilisation active est très faible. La malade décolle avec peine le talon du plan du lit.

Il existe une hyperesthésie cutanée importante. Le réflexe rotulien est aboli; l'achilléen est très difficile à rechercher, étant donné l'état de nervosité de la malade.

On pratique des radios de la colonne dorso-lombaire, qui ne montrent aucune lésion osseuse.

2 août 1942 : Infiltration lombaire; chaleur dans le membre durant toute l'après-midi. A la suite de cette infiltration, la malade se sent soulagée.

7 août 1942 : Nouvelle infiltration; aucune amélioration. L'état général de la malade commence à décliner. Elle devient pâle et asthénique, présente des douleurs profondes à prédominance nocturne et une insomnie rebelle. L'appétit disparaît de plus en plus; un état subfébrile s'installe.

2 septembre 1942 : Subitement, la malade accuse une angoisse extrêmement marquée, une dyspnée importante avec état lipothymique. Température, 38°5. Pouls, 120. Quelques troubles dysuriques.

Examen. — Membre inférieur très augmenté de volume, œdème très important, blafard, strié de veinosités bleuâtres.

La palpation est quasi impossible par suite des douleurs provoquées, qui, au dire de la malade, sont extrêmement intenses. Appareil cardio-vasculaire : ne présente aucun trouble particulier, sinon une tachycardie marquée.

8 septembre 1942 : Décès.

Nécropsie. — Le mésentère est épaissi mais friable, se laissant facilement déchirer. En arrière et à gauche, le tissu cellulaire rétro-péritonéal est infiltré en masse. Il existe deux coulées d'un tissu blanc jaunâtre assez mal délimitées, bosselées, lisses, sans plage hémorragique, intimement adhérentes aux parois postérieure et latérale de l'abdomen, s'étendant de la XII[e] côte jusque dans le petit bassin, dégageant la ligne médiane, sur laquelle l'aorte semble normale.

La veine cave est énorme et présente à sa partie supérieure, juste au-dessous du diaphragme, une sorte d'étranglement. Les veines utéro-ovariennes sont, elles aussi, très augmentées, la droite surtout. Le duodéno-pancréas est refoulé; la veine porte, comprimée, est, elle aussi, dilatée. Le cholédoque est normal.

Les reins sont dégagés, mais les pédicules sont encerclés par la masse. La veine rénale gauche est très dilatée. L'urètre est entouré, sans néanmoins être comprimé.

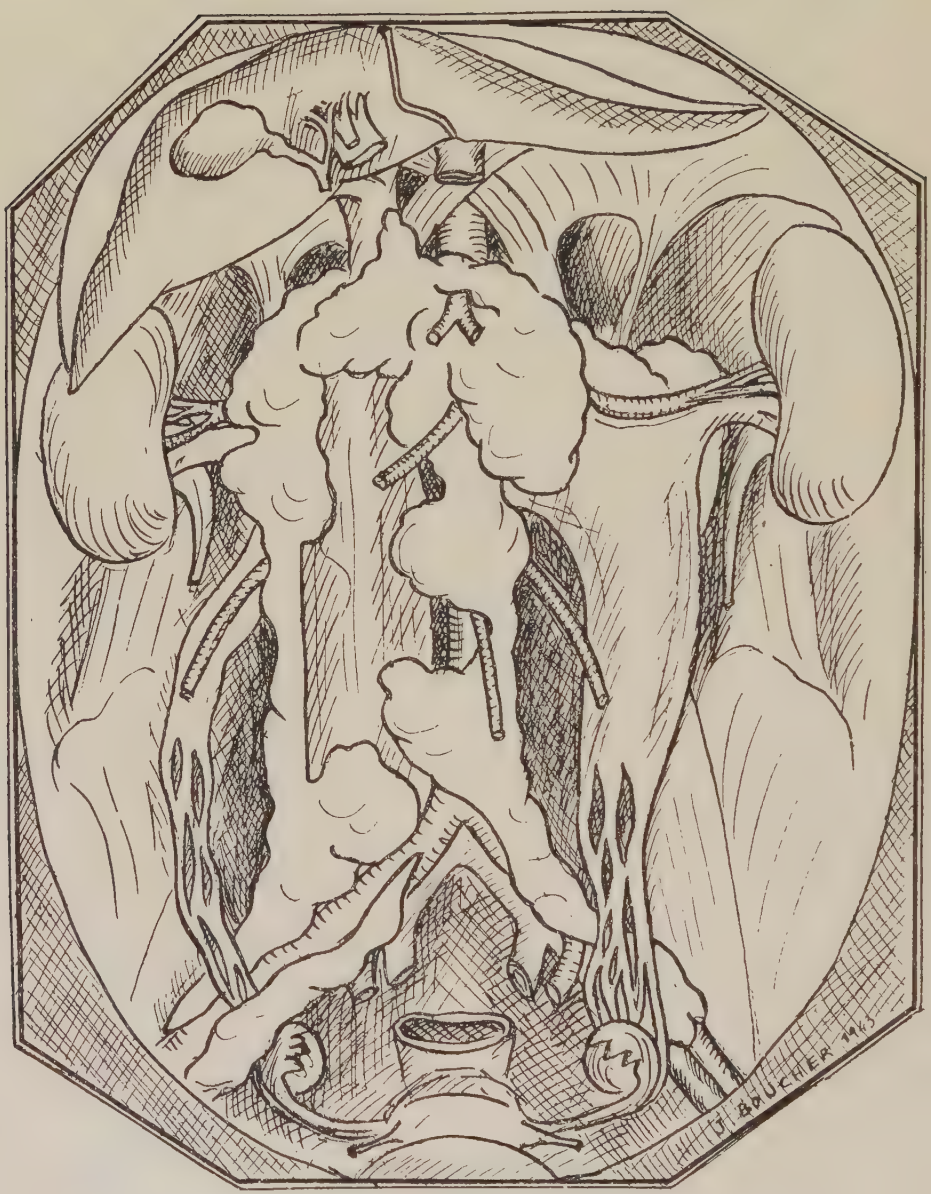
Malgré de nombreux essais, la tumeur ne peut être clivée des plans postérieurs, et seules sont prélevées quelques portions tumorales pour l'examen.

Le prélèvement montre l'existence de cavités kystiques.

Malgré les adhérences, il semble qu'on puisse dire qu'il n'y a pas envahissement de la paroi à gauche; le corps du pancréas et la rate sont refoulés, mais on ne note pas de déformation de cet organe. Les organes prélevés : foie, rate, reins, surrénales, sont macroscopiquement normaux.

Par ailleurs, rien à signaler.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur rétropéritonéale offre une disposition sensiblement analogue à la tumeur primitive, mais avec bien moins de polymorphisme. Dans l'ensemble, sa structure tient à la fois des caractères du territoire lipomateux et de ceux de la région d'aspect sarcomateux. Nulle part n'existent des



Obs. I. — D... (Catherine). — Nécropsie.

signes de malignité nette. Les vacuoles de nombreuses cellules paraissent nettement colorées par le Soudan-III.

Ainsi, de même qu'au niveau de la tumeur crurale, tous les éléments cellulaires, malgré leur diversité, font la preuve d'une nature commune lipomateuse. Les variations d'aspect tiennent au degré de dédifférenciation de la cellule adipeuse et au développement plus ou moins considérable du tissu interstitiel.

Observation II.

(Professeur Rocher.)

D... (Fernand), 2 ans 1/2. Entré le 11 juin 1935.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Mariage consanguin (cousins 2e degré).

Antécédents collatéraux. — Deux petites sœurs.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein. Bien portant jusqu'ici. Poids, 14 kg. 320. Hauteur, 93 centimètres.

Histoire de la maladie. — Depuis un an, tumeur de la fesse droite, et, depuis cinq à six mois, grosseur au-dessus de la racine des muscles sacro-lombaires (pas de fièvre, pas de gêne pour la marche et la station debout). Tuméfaction au niveau de la région lombaire du volume d'un abricot, située à cheval sur l'interligne sacro-iliaque et sur le rebord de la crête iliaque.

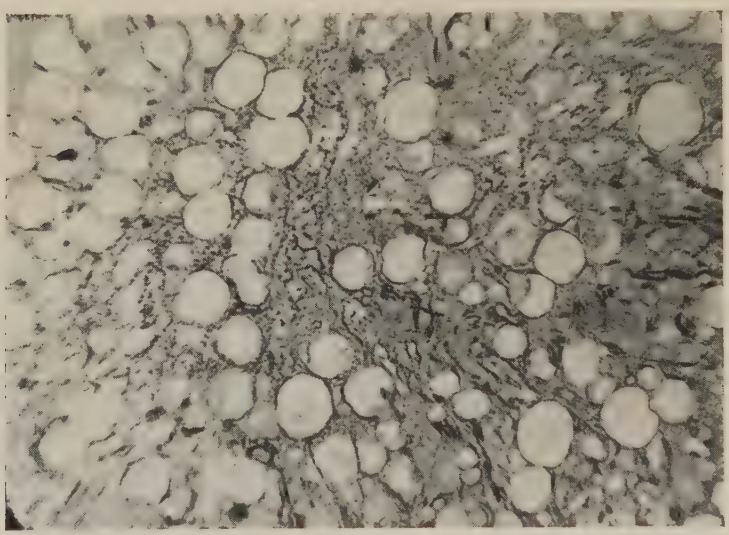
Cette tumeur rejoint une autre tumeur qui fait courber le pôle de la fesse, qui occupe plus de la moitié de sa hauteur, qui est plaquée contre le bassin, qui n'est pas mobilisable, qui paraît dure, ferme et semble le prolonger profondément jusqu'au sommet du trochanter.

Toucher rectal. — On sent une légère tuméfaction sur la face antérieure du sarcome en avant de l'articulation sacro-iliaque, tumeur discrète mais présentant une consistance ferme, comme la tumeur située dans la fesse.

14 juin 1935 : *Intervention* (Prof. Rocher, Dr Pouyanne). — Anesthésie générale, éther-Ombrédanne. On incise au niveau de la tuméfaction supérieure dans le but de faire une biopsie. Mais il s'agit

de bourgeons aisément énucléables à ce niveau. On décide de tenter une exérèse. L'incision est prolongée vers le bas, et une volumineuse tumeur (gros poing d'enfant) est ainsi enlevée sans hémorragie notable.

Au niveau du rachis, il existe une adhérence assez intime. On doit désinsérer en quelque sorte la tumeur à l'ostéotome. Il en résulte un suintement sanguin, et on se demande un instant si un peu de liquide céphalo-rachidien ne s'est pas mêlé au sang.



Obs. II. — Intervention de 1936. — Infiltration lymphocytoïde et apparition d'éléments volumineux à gros noyau, allongé ou arrondi, très condensés.

Du côté de l'échancrure sciatique, il semble que la tumeur pousse un prolongement pelvien. De ce fait, l'extirpation est incomplète à ce niveau.

Suture. Drainage.

On a l'impression d'une tumeur sarcomateuse très envahissante. Des fragments sont envoyés au laboratoire de M. le Professeur Sabrazès.

« Il s'agit d'une lipomatose diffuse avec des foyers où les cellules ont un caractère plus ferme ou cellule du type histiocytaire en évolution lipomateuse du type cellules lipomateuses, adipeuses

de graisses en développement (graisse fœtale d'enfant à la naissance, cellules à vésicules multiples).

» C'est une lipomatose diffuse, qui peut avoir une malignité locale, comme en ont certaines tumeurs qualifiées de bénignes, tels que divers myxomes, divers fibromes, divers chondromes, etc.

» Dans les gros segments examinés, rien du type sympathome. »

La plaie continuant à suppurer et à donner de la température, le 3 septembre 1935, réintervention (Dr Pouyanne-Mlle Winckler). Excision de la cicatrice bourgeonnante et suture avec drain.

21 janvier 1936 : L'enfant revient à la consultation.

Examen. — Dans la région lombaire, la tumeur présente une petite surface et est du volume d'un petit œuf de pigeon. Dans la fesse, la tumeur est grosse comme une petite orange. Elle est plaquée contre l'échancrure sciatique, repousse le sillon fessier, adhère aux segments; elle est ferme, non fluctuante. Bon état général, marche bien.

Toucher rectal. — La tumeur fait saillie à la partie postérieure de la fosse ischio-rectale et remonte dans le bassin en avant de l'articulation sacro-iliaque.

Radio. — Lavement baryté.

7 février 1936. — Il s'est formé à côté de la cicatrice de la biopsie une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs, à fond bourgeonnant avec deux gros bourgeons rouge vif.

14 février 1936 : *Intervention* (Prof. Rocher, Dr Pouyanne). — Anesthésie générale chloro-éther.

On érigne la tumeur, qui est accolée assez fortement au squelette. La tumeur lobulée, quoique assez ferme, se déchire facilement.

Prolongement entre les muscles fessiers, que l'on peut arriver à extraire.

Prolongement dans le bassin en avant, accolé fortement contre la concavité sacrée, remontant jusqu'au promontoire. La tête de la tumeur est excisée.

Deux drains, l'un dans la concavité pelvienne, l'autre dans le prolongement fessier.

22 février 1936 : On commence les séances de radiothérapie.

5 mars 1936 : Après quatre séances de radiothérapie, on ne trouve plus au toucher rectal d'empâtement sur le pelvis. Très bon état général.

25 mars 1936 : Au-dessus de la plaie, à l'état stationnaire, on trouve une tuméfaction. Rœntgenthérapie pénétrante.

8 avril 1936 : Exéat.

3 mai 1936 : L'enfant revient à la consultation. Bon état général.

Localement, pas de signes de récidives. On sent simplement à la face extérieure du petit bassin une sorte de coulée aplatie ne faisant pas saillie.

9 juillet 1936 : Bon état général.

29 août 1936 : Pas de signes de récidive.

8 mars 1937 : Tuméfaction fluctuante à gauche de la pointe du coccyx et une tumeur rénitente du volume d'un œuf de poule au niveau de la région lombaire sur la ligne médiane.

7 mai 1937 : *Intervention* (Prof. Rocher).

Anesthésie générale chloro-éther.

Exérèse de la tumeur, qui apparaît encapsulée et adhérente aux plans profonds formés par les apophyses épineuses des vertèbres lombaires.

3 mars 1938 : Bon état général.

Il existe à la partie supérieure de la fesse une petite tumeur du volume d'un abricot. La tumeur paraît ferme, dure.

4 mars 1938 : *Intervention* (Prof. Rocher). Anesthésie générale : éther. Incision le long de l'insertion sacrée du grand fessier. Au-dessus du grand fessier, collée contre le bassin, la tumeur, encapsulée, très adhérente au squelette, séparée du grand fessier par une capsule fibreuse. La tumeur, sous les efforts de dissection, se rompt. Il en sort une pulpe jaunâtre comme de la confiture, donnant l'impression d'avoir subi une dégénérescence myxomateuse. On dégage la tumeur du périoste au moyen de l'ostéotome. Sous la capsule, apparaît le nerf sciatique.

17 mars 1938 : Exéat.

19 novembre 1938 : Tumeur dure bien encapsulée au-devant du sacrum en forme d'haltère avec deux lobes en arrière, un lobe

rétréci relie la partie antérieure à une deuxième masse tumorale rétrosacrée.

Tumeur non douloureuse à la pression et n'affectant, semble-t-il, que des rapports de voisinage avec le nerf sciatique, qui ne présente aucun signe de compression.

La tumeur ne prend pas les parties osseuses, mais passe d'avant en arrière par l'échancrure sacro-iliaque.

20 novembre 1938 : *Intervention* (Prof. Rocher). — Anesthésie générale : éther-Ombrédanne.

Tension artérielle : au début de l'intervention, 11; 4; 1,5; à la fin de l'intervention, 8; 3,5; 0,5.

Incision sur les anciennes cicatrices. La partie postérieure extra-pelvienne est facilement enlevée. Pour avoir plus de jour, résection de la tubérosité iliaque. Résection de la partie intrapelvienne de la tumeur. Nerf sciatique inclus, sectionné.

9 décembre 1938 : Exéat. Séances de radiothérapie.

28 décembre 1938 : Bon état local, mais écoulement séreux assez abondant.

20 novembre 1939 : *Intervention* (Prof. Rocher). — Ablation d'une tumeur de la fosse iliaque externe allant jusqu'à l'os et décollant le périoste.

On ne trouve pas le nerf sciatique.

L'opération aboutit à coller un lambeau cutané contre l'os.

9 décembre 1939 : Pas de suppuration.

11 décembre 1939 : On enlève les points. Pas de suppuration. Bon état général.

18 décembre 1939 : Cicatrisation complète. Exéat.

Ce malade, encore vivant, aurait subi une nouvelle intervention en 1942.

Nous avons repris les pièces et avons pratiqué, avec M. le Professeur de Grailly et le Docteur Leger, de nouveaux examens, dont voici les résultats.

1° 1935. — La première impression a été d'avoir affaire à un fibro-lipome banal. Cependant, à un examen plus attentif, on peut remarquer que la trame conjonctive, très fine, se montre par places plus étendue que normalement, et surtout qu'elle contient des élé-

ments cellulaires, qu'il faut distinguer des noyaux périphériques de certaines vésicules adipeuses. Il s'agit de petites cellules arrondies ou fusiformes, parfois triangulaires ou étoilées, à noyau foncé, à cytoplasme très réduit. Peu de grosses travées fibreuses traversent les préparations.

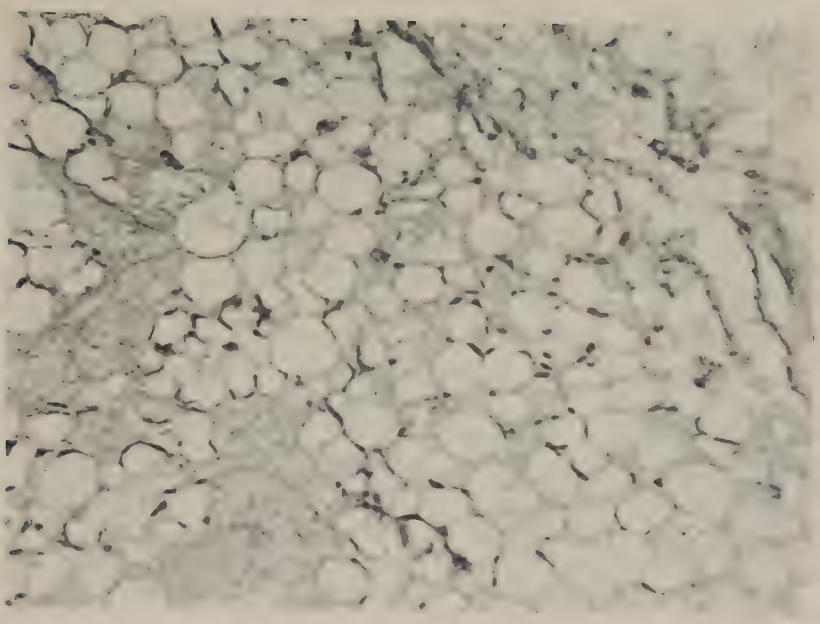
2° 1936. — En certains territoires, l'aspect des préparations est déjà nettement différent. Le tissu conjonctif interstitiel est plus développé, renforcé çà et là par quelques travées plus épaisses; il écarte plus ou moins les vésicules adipeuses les unes des autres. Cette trame conjonctive est bien plus riche en cellules que dans les préparations de 1935. Au niveau de certaines plages, elle est véritablement parsemée de petites cellules lymphocytoïdes; on remarque en plusieurs points l'existence d'éléments plus volumineux à fort noyau, allongé ou arrondi, très condensé.

3° Nouvelle récidive et nouvelle exérèse en mai 1937.

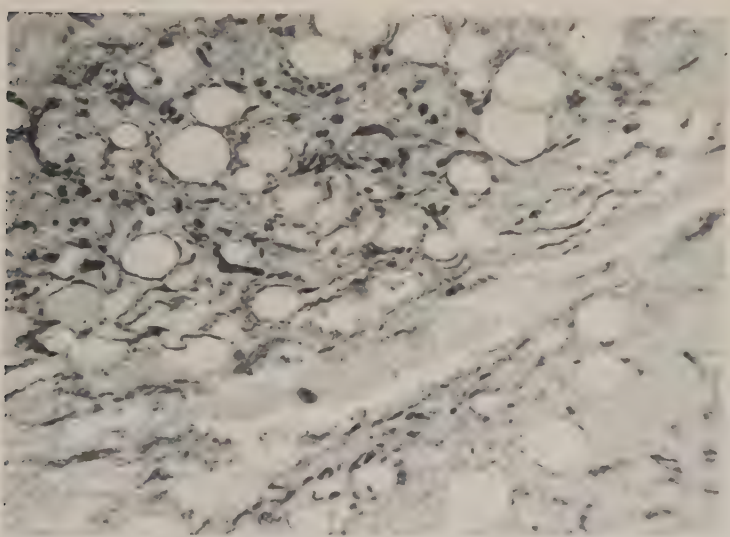
Sur ces pièces histologiques, les modifications d'aspect sont encore plus importantes. D'une façon générale, les vésicules adipeuses sont peu nombreuses et clairsemées, tandis que le tissu conjonctif et les éléments cellulaires qu'il contient trouvent ici un développement marqué. Suivant les régions considérées, l'image réalisée peut se présenter différemment. Nous distinguerons deux aspects principaux :

a) Le tissu conjonctif interstitiel est assez abondant, mais lâche et fibrillaire. Lorsque les éléments cellulaires sont en petit nombre et de faible dimension, l'aspect réalisé fait songer au myxome. En réalité, aucun territoire n'est mucicarminophile; il semble qu'il convienne mieux de parler d'état myxomateux. En d'autres points, il n'y a pas ces éléments cellulaires; on trouve de petites cellules rondes à noyau condensé, de petites cellules triangulaires, mais également des éléments volumineux avec de gros noyaux allongés et condensés. Il n'est pas nécessaire de prolonger les descriptions morphologiques à l'extrême, car l'unité de nature de toutes ces formes cellulaires est facilement démontrée par la présence de gouttelettes graisseuses, nombreuses dans tous les cytoplasmes.

b) On assiste ici à un développement particulièrement important du tissu fibro-conjonctif. En certains points, il se condense en tra-

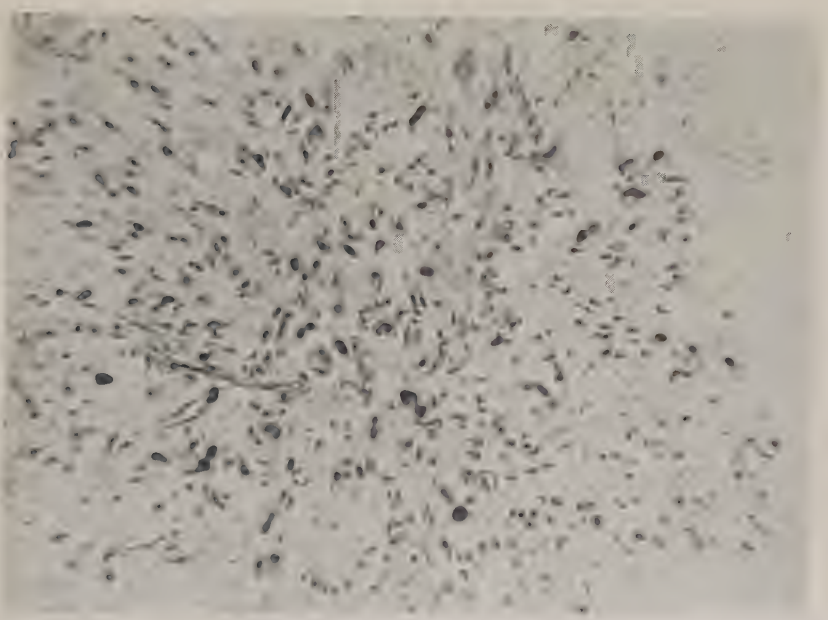


Obs. II. — Intervention de 1935. — Apparence de fibrolipome presque banal.



Obs. II. — Intervention du 7 mai 1937. — Les vésicules adipeuses diminuent en nombre; l'aspect sarcomateux apparaît déjà nettement.

Obs. II — Intervention de fin 1938 — Aspect myxomateux



Obs. II — Intervention du 20 novembre 1939 — Aspect sarcomateux

vées fibreuses plus ou moins épaisses. Les vésicules adipeuses sont espacées. Les cellules développées au sein de la trame conjonctive, sans particularité quant à leur densité, d'ailleurs très moyenne, se distinguent nettement par leur tendance à la transformation de cellules conjonctives arrondies en éléments allongés fibrocytaires. Certaines apparaissent volumineuses, irrégulières, ayant parfois quelques caractères de monstruosités.

Ici encore, la coloration au Soudan-III met en évidence des gouttelettes de graisse dans les cytoplasmes de presque toutes les cellules.

4° *Fin* 1938. — L'aspect est encore modifié; il devient assez uniforme. A peine quelques vésicules graisseuses çà et là viennent rompre la monotonie. Toute la préparation est faite d'un feutrage assez dense constellé de petites cellules conjonctives arrondies ou triangulaires. Parfois on rencontre de gros éléments à fort noyau à chromatisme condensé. Cette image rappelle assez les tumeurs myxoïdes.

5° 1939. — Les pièces prélevées après cette dernière intervention montrent une transformation encore plus considérable que ce qui a été observé jusqu'à présent. Plus rien ne rappelle le lipome. Il faut parcourir plusieurs champs microscopiques avant de rencontrer quelques petites vésicules adipeuses; la plus grande étendue des plages examinées est constituée par un tissu conjonctif au feutrage assez dense, renforcé par places de quelques travées fibreuses plus épaisses et richement pourvu d'éléments cellulaires.

Ces derniers offrent une grande diversité tant dans leur taille que dans leur forme. A côté de petites cellules rondes à noyau foncé, voisinent des cellules triangulaires, des éléments allongés fibrocytaires, enfin, de fortes cellules soit à gros noyau très condensé et fine couronne de cytoplasme, soit à noyau de taille moyenne à chromatisme lâche et cytoplasme très étendu clair et spumeux.

Tous ces éléments épars possèdent des gouttelettes colorables par le Soudan-III.

En certains points, la densité cellulaire se trouve plus élevée. Ce tassement provoque une tendance à l'allongement des cellules, qui prennent l'aspect de fibrocytes. A cause des inégalités, des irrégu-

larités, des cellules volumineuses, on serait grandement incité à voir dans ces aspects la marque d'une tumeur conjonctive fibro-sarcomateuse. En réalité, la nature de ces cellules est bien lipomateuse, comme le prouvent encore nos colorations au Soudan-III; et par ailleurs elles ne possèdent pas de monstruosités ou de caractères suffisants de malignité pour que l'on puisse parler de sarcome proprement dit.

L'intérêt de cette longue série de pièces histologiques prélevées sur les exérèses successives d'une même tumeur récidivante nous paraît considérable. Ainsi est démontré le lien qui unit des aspects histologiques au premier abord très éloignés, et se trouvent indiquées les phases successives de l'évolution histologique de ce genre de tumeur. Il apparaît nettement que l'on a affaire à ce type d'évolution régressive par dédifférenciation.

Dès les premières préparations on aurait pu prévoir qu'il ne s'agissait pas d'un lipome banal. On pouvait, en effet, remarquer déjà l'élargissement anormal en certaines régions du tissu conjonctif interstitiel et la présence en son sein de petites cellules foncées en nombre notable. Ce sont elles qui, par la suite, faisant preuve d'une activité accrue, transforment progressivement l'aspect de la tumeur. Elles-mêmes changent de configuration, mais conservent presque toujours, malgré des aspects très divers, la preuve de leur nature graisseuse.

Lorsqu'elles existent encore à l'état de latence dans quelques travées un peu plus épaisses que les voisines, il convient tout à fait de parler de cloisons fertiles.

Observation III.

(Professeur Jeanneney.)

Malade de 53 ans, qui entre, en juin 1941, dans le service de M. le Professeur Jeanneney pour une tumeur au cou.

Déjà opérée à l'âge de 17 ans, l'est à nouveau, toujours pour récidive *in situ*, à l'âge de :

28 ans;

32 ans, examen histologique : lipome;

39 ans, extirpation d'une masse de 6 kilos.

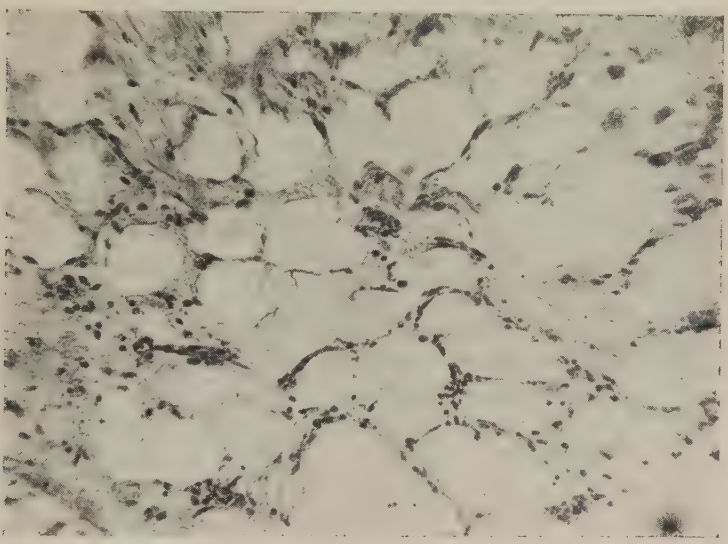
Fait intéressant à noter : « On se rend compte que, raisonnablement, l'extirpation n'a pas été absolue et que, par endroits, la capsule paraît déchirée. » (Prof. Jeanneney.)

Examen histologique : lipome pur.

A 51 ans, nouvelle apparition de récidive *in situ*. Opérée. Tissu graisseux absolument normal.

Enfin, à 53 ans, la malade revient : une tumeur semblable est encore apparue au même endroit. Nouvelle extirpation.

Examen de la pièce opératoire de juin 1941 : Au premier abord,



Obs. III. — Les travées de soutien sont riches en cellules lipoblastiques.

l'aspect de la préparation est celui d'un fibro-lipome banal. En réalité, si l'on examine plus attentivement, on remarque aisément dans la trame conjonctive plus ou moins large qui sépare les vésicules adipeuses l'existence d'assez nombreuses cellules d'aspect divers. Trois types principaux de ces cellules méritent d'être distingués :

1° Eléments de petite et moyenne tailles, arrondis ou allongés à type de fibrocyte. Toujours le noyau se trouve fortement condensé.

2° Cellules de plus grandes dimensions, mais moins nombreuses que les précédentes. Le cytoplasme de ces cellules est assez indécis

dans ses contours; le noyau se montre volumineux, assez bourgeonnant, avec une chromation disposée en ponctuation assez clairsemée donnant un aspect tigré.

3° Très grosses cellules allongées à extrémités tronquées. Leur noyau, volumineux, est constitué par de gros blocs de chromation très dense; parfois il est formé de deux ou trois portions trapues placées l'une à la suite de l'autre, comme on peut le voir sur une microphotographie.

Par places, surtout près de vaisseaux, on note quelques petits amas de plasmocytes.

Pour la plupart de ces cellules de la trame conjonctive, il n'est pas impossible de préciser leur nature, comme nous l'avions tout d'abord cru. En effet, sur des préparations correctement colorées au Soudan-III, presque toutes contiennent de fines gouttelettes ou même de véritables gouttes de graisse, qui sont manifestement un produit de sécrétion du protoplasme. Ainsi, dans cette tumeur, tous les éléments, y compris les cellules de la trame, possèdent une nature lipomateuse.

Il est intéressant de remarquer que l'examen histologique, pratiqué lors de l'intervention de 1932, avait indiqué qu'il s'agissait d'un lipome simple. Cependant, en raison des récidives déjà nombreuses à cette date, un doute demeurait sur la pureté et la bénignité des lésions.

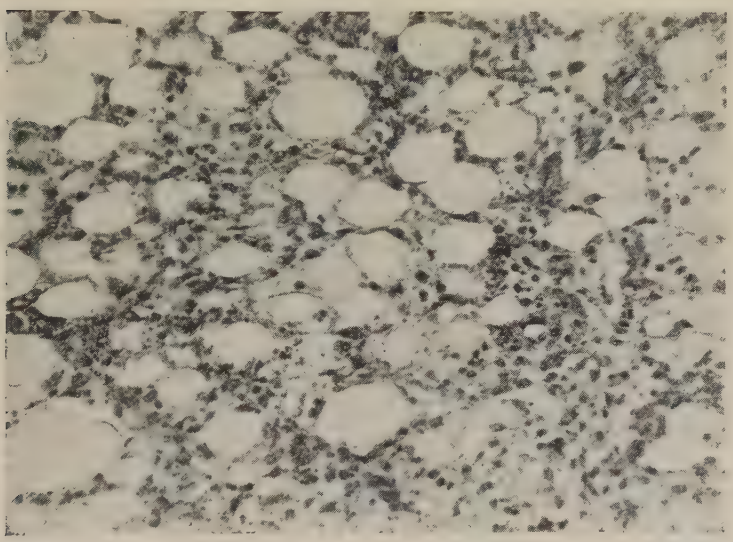
Assurément, un examen approfondi des pièces aurait-il pu dès cette époque mettre en évidence les premières tendances à l'anomalie des cloisons mésenchymateuses. En tout cas, il est pour nous un fait bien établi : c'est que la présence de ces grosses cellules aux caractères anormaux constitue des centres d'appel aux récidives, de véritables points de départ à de nouvelles vagues de multiplication cellulaire.

Observation IV.

(Docteurs Parcelier et Chenut.)

Il s'agit d'une tumeur de la cuisse droite qui, après une lente progression durant une dizaine d'années, a pris brusquement, en quelques mois, un développement considérable.

En octobre 1931, les auteurs pratiquent une extirpation large de la tumeur. L'aspect macroscopique est celui d'un lipome. Au point de vue histologique, la première impression est également en faveur d'une tumeur lipomateuse, mais on est tout de suite frappé par certaines particularités. Les vésicules adipeuses sont de dimensions assez inégales et séparées les unes des autres par un tissu conjonctif interstitiel plus ou moins étendu. Ce tissu interstitiel



Obs. IV. — On remarque la présence de nombreuses cellules assimilables aux mastzellen dans toute l'étendue de la trame conjonctive.

est constitué par un feutrage fibrillaire et contient d'assez nombreux éléments cellulaires. On peut distinguer les quelques types suivants :

1° Petites cellules rondes à noyau sombre et mince couronne de cytoplasme rappelant le lymphocyte;

2° Petites cellules triangulaires peu nombreuses;

3° Çà et là, on remarque quelques cellules de plus grandes dimensions à noyau encore assez condensé, à cytoplasme étendu avec halo périnucléaire;

4° Rares éléments très volumineux, à contours irréguliers, à gros noyau, souvent double, bourgeonnant.

La coloration au Soudan-III met en évidence dans le cytoplasme de tous les types cellulaires que nous venons de décrire des gouttelettes de graisse.

Mais il convient de signaler également dans le tissu interstitiel l'existence d'éléments de nature sanguine. On trouve, en effet, disséminées dans cette trame conjonctive, des cellules à granulations basophiles nombreuses tout à fait assimilables aux mastzellen, et, de place en place, d'énormes amas de lymphocytes, comme on peut le constater sur une microphotographie. Les faits témoignent sans contestation d'une certaine activité hématopoïétique de ce tissu tumoral.

En certains points de la tumeur, la richesse cellulaire est moindre; les vésicules graisseuses plus rares, la trame conjonctive forme un fin feutrage, où prédominent les petites cellules triangulaires; l'aspect réalisé est tout à fait celui du myxome. Cependant remarquons que la substance fibrillaire interstitielle n'est pas mucicarminophile.

Enfin, notons l'abondance des vaisseaux dans cette trame conjonctive.

Cette malade a été revue en 1943 sans récidive.

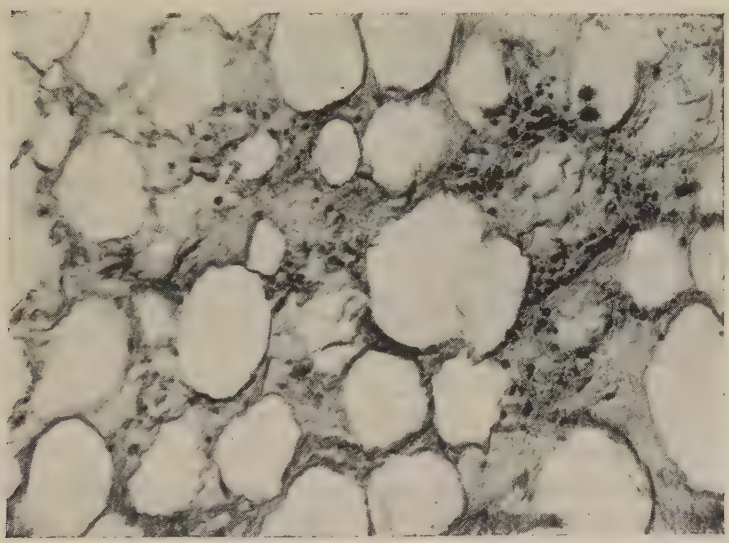
Observation V.

(Docteur Dubourg.)

Il s'agit d'une tumeur abdominale pararénale gauche dont nous ignorons l'histoire clinique. La plus grande partie des préparations examinées offre un aspect rappelant le tissu épiploïque tant les vésicules adipeuses sont volumineuses, rapprochées les uns des autres, et irrégulières dans leur contour. Un tissu conjonctif très fibrillé, renforcé par quelques travées fibreuses en forme de nervure, parcourt les espaces libres entre les cavités graisseuses. En certains points, il est si lâche que l'on a l'impression d'observer un tissu myxomateux; en réalité, il n'en est rien, la coloration au carmin ne prend nulle part.

Au sein de ce tissu conjonctif délicat, apparaissent quelques élé-

ments cellulaires qui tendent à se grouper en petits îlots, de préférence autour de fins vaisseaux. Il s'agit pour la plupart de petites cellules à noyau foncé, d'aspect lymphocytoïde s'enchevêtrant avec elles; on remarque quelques fibrocytes. Mais ce qui, surtout, retient l'attention, c'est l'existence, en petit nombre, il est vrai, d'éléments plus volumineux à cytoplasme étendu et spumeux, à noyau parfois double. Exceptionnellement, on observe des cellules vraiment énormes avec des caractères de monstruosité.



Obs. V. — Tissu de type épiploïque.

D'autres parties beaucoup moins importantes se présentent de façon toute différente. Plus rien ne rappelle le lipome. L'hyperplasie cellulaire est ici considérable. On remarque immédiatement de gros trousseaux de cellules allongées, renflées au niveau du noyau. Les cellules fusiformes présentent une striation longitudinale assez nette, tandis que leurs noyaux à chromatine assez dense et parfois nucléolés tendent à occuper une position latérale. Les noyaux doubles ne sont pas rares. Toutes ces particularités incitent à penser au rhabdomyome, bien que la coloration à l'hématoxyline ferrique ne mette davantage en évidence les myofibrilles.

Intriquées avec les précédentes, existent également d'autres cellu-

les d'un type différent, moins nombreuses, mais non moins intéressantes. Ce sont des éléments arrondis ou polygonaux possédant un cytoplasme acidophile étendu sans granulations particulières, à noyau paracentral petit avec des grains de chromatine marginaux et souvent un nucléole basophile. Les cellules rappellent nettement les myoblastes. Tous les intermédiaires s'observent entre les cellules fusiformes et les éléments étalés, arrondis, non évolués.

Ainsi, sur une même pièce tumorale se trouvent réunis deux aspects différents, l'un lipomateux, l'autre rhabdomyomateux, dérivant d'une même déviation néoplasique du tissu conjonctif jeune. Cette bivalence, si elle n'indique nullement une grande malignité, du moins traduit-elle un énorme potentiel de prolifération.

De telles tumeurs conjonctives ne sont pas fréquentes. Dans le cas particulier, toute l'évolution est commandée par le lipocytome. Ce sont ses propres modifications histologiques qui déclenchent les proliférations et les accroissements de malignité du rhabdomyome.

Observation VI.

(Docteur Lefèvre.)

L'histoire clinique exacte ne nous est pas connue. Nous savons seulement que le diagnostic porté a été celui de tumeur récidivante du triangle de Scarpa et que le compte rendu histologique précisait la nature de la pièce en concluant à un lipomyxosarcome.

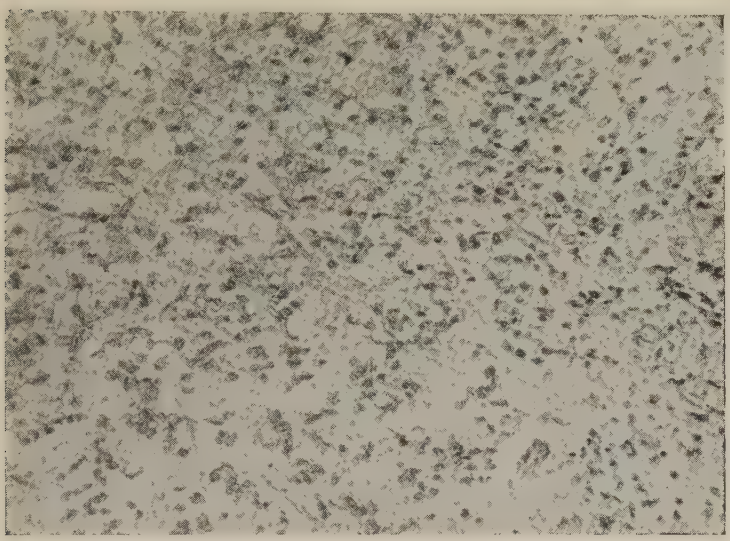
L'aspect microscopique d'ensemble de la préparation se compare aisément à une toile de fond constituée par un fin feutrage fibrillaire et parsemée de petites cellules à noyau foncé, ainsi que de vésicules adipeuses fort irrégulièrement réparties, presque toujours de faibles dimensions, et assez espacées.

A un examen plus approfondi, on remarque que les petites cellules foncées ne sont pas absolument seules; de place en place, en effet, on rencontre des éléments plus volumineux à noyau encore assez condensé, mais à cytoplasme étendu, clair, spumeux et parfois lobé. On ne note aucune monstruosité cellulaire.

La coloration des préparations au Soudan-III affirme l'identité

de nature de toutes les cellules observées, car toutes contiennent en abondance plus ou moins notable des gouttelettes de graisse.

En certaines régions, les cellules et les vésicules adipeuses devien-



Obs. VI. — Tumeur du type lipomyxosarcome.

nent plus clairsemées; le feutrage interstitiel domine et rappelle l'aspect myxomateux. En aucun point, le tissu conjonctif ne se condense en grosses travées. Les petits vaisseaux sont abondants presque partout. Ni le feutrage, ni les substances interstitielles, ne sont colorables par le mucicarmin.

CONCLUSIONS

I. — Au sein du groupement clinique des conjonctivomes peut être isolée une catégorie de tumeurs très spéciales qui se caractérisent essentiellement par la nature graisseuse de leurs éléments cellulaires.

II. — Ces tumeurs se développent au niveau du tissu adipeux profond. Il en est de localisées et de généralisées, unies par des formes de transition.

Chirurgicalement, les tumeurs localisées doivent être distinguées en deux groupes :

— les superficielles, facilement accessibles;
— les profondes, dont le diagnostic et le traitement sont beaucoup plus complexes.

III. — Après ablation, ces tumeurs récidivent très fréquemment, soit *in situ*, soit à distance.

Les récidives à distance ne sont pas des métastases, mais la manifestation du même processus en un autre point du tissu adipeux profond. Il s'agit d'une maladie de système.

IV. — De l'étude histologique, il convient de retenir les notions suivantes : il y a constamment divorce entre l'aspect histologique et l'allure clinique. En effet, une apparence de lipome quasi banal n'assure pas plus une bénignité immédiate ou d'avenir qu'une forme sarcomateuse ne signifie malignité certaine et évolution rapide.

Cependant, des caractères particuliers permettent de reconnaître la malignité tout à fait spéciale des tumeurs qui font l'objet de cette étude. Dans certains cas ils peuvent être observés dès les premiers stades du développement.

a) Au sein d'une trame conjonctive parfois pseudo-réticulée s'observent, avec une disposition périvasculaire ou centro-trabéculaire, des travées riches en cellules. Ces éléments, d'aspect fibroblastique, myxoïde ou sarcomateux, contenant presque tous de petites vacuoles de graisse, représentent des formes anormales et immaturées de la lignée lipoblastique. L'ensemble constitue ce que l'on appelle les cloisons fertiles, car en ces points pourront naître des poussées évolutives.

b) Le processus de dédifférenciation à l'occasion de perturbations peut conduire vers les voies aberrantes, avec apparition, par exemple, d'éléments fibrocytiques, myéloïdes, de lignée sanguine ou rhabdomyomateux. Habituellement des déviations indiquent une potentialité accrue, un pronostic plus sonore. Mais en ce qui concerne les éléments lymphoïdes et les mastzellen, il faut reconnaître — du moins pour le cas que nous avons suivi — qu'il concorde avec une évolution lente et bénigne.

c) Souvent ce sont les transformations successives subies par la même tumeur qui dévoileront les vrais caractères d'évolutivité. En même temps, elles font connaître les différentes formes de transition de ces tumeurs. L'état myxoïde n'est autre qu'un de ces stades.

De nombreux arguments permettent de considérer les faits de récidives locales ou à distance comme l'expression d'une maladie de système. Malgré tous ces éléments, il est encore très difficile de prévoir par l'étude histologique le pronostic éloigné de ces tumeurs. Tant par leur allure clinique que par leur allure histologique, ces tumeurs méritent la dénomination de *lipocytome*.

V. — *Cliniquement*, les tumeurs superficielles se localisent le plus souvent au niveau des coulées conjonctives du membre inférieur.

Elles se présentent sous un aspect bénin, mais souvent leur ablation est rapidement suivie de récidive *in situ* ou à distance.

Les tumeurs profondes sont d'un diagnostic beaucoup plus délicat.

VI. — *Du point de vue thérapeutique*, le traitement chirurgical doit être précoce et large. Malgré cela, le pronostic doit toujours être réservé, puisqu'il s'agit d'une maladie de système.

La physiothérapie, classiquement inopérante, a cependant donné quelques succès. Elle mérite d'être employée systématiquement après l'intervention.

Elle est le seul recours dans le cas de tumeur inopérable ou de formes généralisées.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
JEANNENEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 22 décembre 1943.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Angeleli. — Les tumeurs conjonctives des plans musculo-aponévrotiques. *Tumori*, nov.-déc. 1928, p. 594.

Aschoff. — Pathol. anat. 1921, G. Fischer, Iéna.

Askanazy. — *Virchow's Arch.*, CLVIII, 407, 1899.

Auvray. — *Bull. et mém. Soc. nat. de chir.*, Paris, 1934, p. 1237.

Barnard. — *Arch. of Surg.*, XXXVI, 560, 1934.

Bazeille. — Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives malignes des membres. Thèse Lyon, 1936.

Beck. — *Virchow's Arch.*, XV, 153, 1858.

Bérard. — A propos des tumeurs conjonctives profondes de la cuisse. *Lyon chirurgical*, août-sept. 1929, p. 629.

— A propos d'une énorme tumeur conjonctive de la cuisse traitée par extirpation. *Lyon chirurgical*, mars-avril 1930, p. 236.

Bérard, Colson et Henry. — Enorme conjonctivome de la racine de la cuisse et de la fesse deux fois récidivé et évoluant depuis trente-sept ans. *Lyon chirurgical*, nov.-déc. 1935, p. 705.

— Conjonctivome. Soc. de chir. de Lyon, 9 juin 1938.

Bérard et Creysel. — Sur quelques observations de conjonctivomes. *Lyon chirurgical*, 1928, p. 742.

Bérard et Desjacques. — Récidive d'une tumeur conjonctive de la cuisse. *Lyon chirurgical*, mars-avril 1931, p. 270.

Bérard, Henry et Morel. — Conjonctivome des parties molles de l'épaule. Désarticulation interscapulo-thoracique. *Lyon chirurgical*, mars-avril 1938, p. 198.

Bérard et Peycelon. — A propos des conjectivomes des membres. *Lyon chirurgical*. janv.-févr. 1930, p. 82.

Bergeret. — Sarcome des parties molles de l'avant-bras. *Bull. et mém. de l'Acad. de chir.*, 1938, p. 908.

Berriel et Delachanal. — Les tumeurs malignes du tissu cellulo-adipeux. *Arch. de méd. exp. et anat. pathol.*, 1912, p. 717.

Bertrand. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1931, p. 226.

Bick (Em.). — Lipome des membres. *Ann. of Surg.*, 1936, p. 139.

Billroth et von Winiwarter. — *Die Allg. Chir. Path. u. Ther.*, 1906.

Bolognest. — Sur les tumeurs primitives des tuniques et des gaines vasculaires. Les néoplasmes, 1928, p. 199.

Borzini. — Lipomes profonds de la cuisse. Contribution aux tumeurs primitives des gaines vasculaires. *Tumori*, 1919, p. 28.

Boutin. — Contribution à l'étude des conjonctivomes de la gaine des vaisseaux. Thèse Paris, 1938.

Brocq et Phan-Ho-Chi. — *Presse médicale*, 1932, p. 644.

Caldwell et Mc Zinninger. — *Surg. Gyn. a. Obstetr.*, 1925, p. 476.

Castiglioni. — Tumeurs primitives des gaines vasculaires et nerveuses. *Atti. Soc. Lombarde di Scien. Med.*, juin 1914.

Challer. — Volumineuse tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Lyon chirurgical*, 1926, p. 535.

Chevalier. — Etude sur le moxyme. Thèse Paris, 1891.

Clerc (Louis). — Quelques considérations sur le myxome lipomateux. Thèse Lyon, 1897.

Cohn. — *Zentralb. f. Chir.*, 1932, p. 420.

Coley. — Sarcome à cellules fusiformes des parties molles de la cuisse. *Amer. J. of Surg.*, mars 1928, p. 333.

Comolle. — *Virchow's Arch.*, 1921, p. 68.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie path., I, 1901, p. 393.

Daels et Biltris. — *Bull. Assoc. franç. cancer*, 1931, p. 32.

Daland. — Deux cas de désarticulation interscapulo-thoracique pour sarcome. *New England J. of Med.*, 1930, p. 722.

Daniel et Babes. — *Gynécol.*, 1934, p. 5.

Debeyre (A.-J.). — Le tissu adipeux. *Presse médicale*, 1943.

Delachannal. — Des tumeurs malignes du tissu cellulo-adipeux. Thèse Lyon, 1910.

Deniker. — Note sur deux tumeurs un peu spéciales de la cuisse. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1927, p. 1434.

Dieulafé. — Enorme tumeur fibro-adipeuse de la cuisse. *Arch. franco-belges de chir.*, avril 1930, p. 353.

Dunet. — Sarcome des parties molles du bras. *Lyon médical*, 1923, p. 653.

Durante. — *In* Traité d'Anat. path. de A. Cornil et Ranvier, 3e éd., t. II, p. 444.

Ebner (von). — *Bruhn's Beitr. z. Klin. Chir.*, 1913, p. 186.

Etienne Martin, Henry et Soustelle. — Enorme conjonctivome de la région pectorale. *Lyon médical*, 1935, p. 252.

Ewing. — Neoplastic Diseases, 1934, 3e éd.

— Sarcome aponévrotique et myxoliposarcome intermusculaire. *Arch. of Surg.*, 1935, p. 507.

Ferrarini. — Sur les tumeurs primitives des gaines vasculaires. *La Clinica Chirurgica*, 1913, p. 589.

Fruchaud. — Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités. *Rev. de chir.*, 1931, p. 454.

Fus. — Conjonctivome malin de l'avant-bras traité par l'amputation primitive. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Marseille*, 1934, p. 431.

Geschickter. — Lipoïd Tumors. *Amer. Journ. of Cancer*, 1934, p. 617.

Geschickter et Lewis. — Tumeurs du tissu conjonctif. *Amer. Journ. of Cancer*, 25, 1935, p. 630.

Goormatight, Vanderlinden et de Puysseler. — Lipocytomes et lipocytoses (lipoblastomes et lipoblastoses). Contribution à l'étude des liposarcomes profonds. *Le cancer*, Bruxelles, 13, 1936-1937, p. 3.

Gricouroff. — Le diagnostic histologique du lipome embryonnaire. *Bull. Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1938, p. 241.

Guillemin. — Myxome de la cuisse. *Rev. méd. de Nancy*, 1936, p. 573.

Guyot et Courriades. — Volumineux conjonctivome de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Bordeaux chirurgical*, 1935, p. 357.

Hamant et Chalnot. — Conjonctivome de la région latéro-interne du genou. *Rev. méd. de l'Est*, 1934, p. 455.

Hamant et Girard. — Artériographie dans un cas de conjonctivome de la cuisse. *Rev. méd. de Nancy*, 1937, p. 741.

Hérisson. — Les lipomes rétropéritonéaux. Thèse Paris, 1909.

Hirsch et Wells. — *Amer. Journ. of Med. Sci.*, 1920, p. 356.

Hosemann. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1929, p. 336.

Huet. — Tumeurs des gaines vasculaires, en particulier celles des vaisseaux poplités. *Journ. de chir.*, 1938, p. 641.

Iwamoto. — Histologie et clinique des sarcomes des membres. *Mittei. lungen. über allgemeine pathologie und pathologische anat.*, 1928, p. 207.

Jaboulay. — Myxome de la cuisse. *La clinique*, 1908.

Jaffe. — *Virchow's Arch.*, 1927, p. 801.

Jacob. — Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse. Thèse Nancy, 1937.

Jeanneney. — Volumineuse tumeur conjonctive du cou (lipome ou conjonctivome de la gaine carotidienne). *Bordeaux chirurgical*, 1932, p. 485.

Jones et Mc Lintock. — *Ann. of Surg.*, 1933, p. 470.

Kellogpeed. — Lipome de la cuisse. *Arch. of Surg.*, 1924, p. 819.

Kirmisson. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa. *Rev. de chir.*, 1886, p. 861.

Koch. — A propos des tumeurs rétropéritonéales. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1928, p. 170.

Köhler. — *Zeitschr. f. Urol.*, 1933, p. 95.

Koppenstein. — Images radiologiques des tumeurs des parties molles des membres. *Röntgenpraxis*, 1932, p. 73.

Krogus. — *Dtsche Med. Wochenschr.*, 1926, p. 618.

Labey. — *Presse médicale*, 1934, p. 1775.

Lancereau. — Traité d'anat. path., t. I, 1875.

Lang. — *Arch. f. Klin. chir.*, 1929, p. 349.

Lebel. — Désarticulation de la hanche dans les tumeurs malignes du fémur et des tissus environnants. Thèse Paris, 1901.

Lecène. — Les tumeurs paranéphrétiques (étude histologique). Congrès franç. de chir., 1919.

Leguay. — La xanthomatose osseuse généralisée. Thèse Bordeaux, 1942.

Lenormant et Moulonguet. — Tumeur de la région fessière. *Ann. d'anat. pathol.*, 1935, p. 425.

Leriche. — Sur la méthode opératoire qu'il convient d'appliquer aux tumeurs conjonctives des membres. *Lyon chirurgical*, 1929, p. 136.

Leriche. — Technique de la désarticulation inter-ilio-abdominale. *Presse médicale*, 11 janv. 1936.

— A propos de 13 cas de désarticulation de la hanche. *Bull. et mém. de l'Acad. de chir.*, 1937, p. 1435.

Leucutia. — Radiothérapie des sarcomes des parties molles. *Radiology*, 1935, p. 403.

Loyer. — Tumeur des parties molles de la cuisse traitée avec succès par la radiothérapie. *Bull. et mém. de l'Acad. de chir.*, 1938, p. 446.

Lubarsch. — Handb. D. Spez. Pathol. u. Histol., 1925, p. 622.

Masson. — Traité de pathologie méd. et de thérap. appliquée, 1923.

Mauclaire. — *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1913, p. 1746.

Merlat. — De quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. Traitement conservateur. Thèse Lyon. 1908.

Merz, Touzard et Ratte. — Tumeur conjonctive de l'avant-bras. Récidive *in situ* après exérèse. Soc. de chir., Lyon, 5 mai 1938.

Mondor, Courvoisier et Gauthier-Villars (P.). — Myxome de la cuisse. *Ann. d'anat. pathol.*, 1937, p. 548.

Montpellier, Laffargue et Seror. — A propos du liposarcome de la cuisse. *L'Algérie médicale*, 1937, p. 666.

Moulonguet et Pollosson. — Sarcome des muscles et des coulées conjonctives des membres. Congrès franç. de chir., 1938.

Mourgue-Molines et Arnal. — Volumineuse tumeur conjonctive des parties molles du creux de l'aisselle. Amputation interscapulo-thoracique. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1934, p. 401.

Muller. — Un cas de lipome fibro-myxomateux sous-cutané. Soc. des chir. de Paris, 1929, p. 622.

Murray. — *Journ. Pathol. a. Bacteriol.*, 1916, p. 260.

Narr et Wells. — *Amer. Journ. of. Cancer*, 1933, p. 912.

Neck. — Sur le sarcome des membres. *Arch. f. Klin. chir.*, 1928, p. 816.

Nienhuis. — *Zeitschr. f. Krebsf.*, 1925, p. 434.

Niewiesch. — Gros sarcome des parties molles de l'avant-bras. *Brûns Beiträge z. Klin. Chir.*, 1929, p. 689.

Nové-Josserand. — Tumeurs conjonctives des membres. *Lyon chirurgical*, 1928, p. 711.